

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 19 juillet 1893, à 1 heure

Par JEAN DÉMÉTRIADES

Né à Monastir (Turquie), le 26 octobre 1860

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'HYPERTROPHIE SOUS-VAGINALE
DU COL DE L'UTÉRUS

Président : M. LE FORT, professeur.

*Jugés : MM. { TERRIER, professeur.
GAUCHER, LEJARS, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

317

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 19 juillet 1893, à 1 heure

Par JEAN DÉMÉTRIADÈS

Né à Monastir (Turquie), le 26 octobre 1860

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'HYPERTROPHIE SOUS-VAGINALE
DU COL DE L'UTÉRUS

Président : M. LE FORT, professeur.

*Juges : MM. { TERRIER, professeur.
 { GAUCHER, LEJARS, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie.	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	G. SÉE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	TILLAX.
Clinique chirurgicale	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SÉBILEAU
BRISAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTNER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

Hommage affectueux

A MA MÈRE

A GEORGES GOGO

Témoignage de reconnaissance et d'affection

A MES PARENTS ET AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉON LE FORT

Vice-Président de l'Académie de médecine
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Commandeur de la Légion d'honneur

A TOUS MES MAÎTRES EN CHIRURGIE ET EN
MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'HYPERTROPHIE SOUS-VAGINALE
DU COL DE L'UTÉRUS

INTRODUCTION

Avant le mémoire d'Huguier, présenté à l'Académie de médecine en 1859, les chirurgiens confondaient dans une même description les prolapsus utérins et l'allongement hypertrophique du col. Depuis de nombreuses observations ont été publiées à ce sujet et quelques travaux d'ensemble ont traité la question. Mais il est à remarquer que tous les auteurs se sont surtout attachés à présenter le tableau clinique de certaines formes, laissant d'autres variétés complètement dans l'ombre.

Bien souvent, il arrive qu'une malade vient consulter pour un ensemble symptomatique qui appelle l'attention du chirurgien sur des lésions probables du côté des organes génitaux; en pratiquant le toucher vaginal, on tombe sur un col gros, hypertrophié, qui parfois même fait saillie à la vulve. Au point de vue clinique, il s'agit

de savoir en présence de quelle affection précise on se trouve. Est-ce un prolapsus, ou le prolapsus qui existe n'intervient-il que comme complication? S'il s'agit surtout d'une hypertrophie du col, quelle en est la nature, la cause, la variété? Voilà ce que nous voudrions chercher, nous étendant plus longuement sur certaines formes d'hypertrophies moins étudiées jusqu'ici, hypertrophies compliquant la métrite et hypertrophie oedémateuse persistante, localisée au museau de tanche, lésions qui, comme nous le verrons, présentent des considérations toutes spéciales au point de vue de la grossesse ou des accouchements qui peuvent survenir dans la suite.

Loin de nous la pensée de chercher à refaire complètement l'histoire des allongements du col; nous ne voulons que présenter un plan d'ensemble des diverses hypertrophies; aussi est-ce à dessein que nous avons choisi pour notre thèse le titre d'*hypertrophie de la portion sous-vaginale*, faisant rentrer sous ce nom toutes les variétés portant principalement, soit sur l'allongement, soit sur l'élargissement du col. Nous serions trop heureux de penser avec quelque raison que notre travail sera utile pour l'étude et le traitement d'une lésion si fréquente et souvent si importante au point de vue des complications nombreuses et graves qu'elle peut entraîner.

Avant d'entrer en matière, c'est pour nous un bien doux devoir de remercier les maîtres de la Faculté de Paris, qui ont bien voulu nous guider dans nos études et particulièrement nos maîtres dans les hôpitaux, MM. les professeurs Pinard, Polaillon, Rendu, Rigal.

Enfin nous sommes doublement reconnaissant à M. le professeur Le Fort, pour la bienveillance qu'il nous a témoignée pendant tout le cours de nos études et pour l'honneur qu'il nous a fait de nous donner l'idée de notre thèse et d'en accepter la présidence.

HISTORIQUE

Huguier est le premier qui sépara nettement de l'étude des prolapsus utérins les observations se rapportant à l'hypertrophie du col. Quelques auteurs avant lui ont bien vu la lésion et en ont parlé dans leurs ouvrages, nous nommerons par exemple Morgagni (1), Levret (2), mais personne jusqu'en 1859 n'a présenté la question sous son vrai jour et n'en a donné une étude complète. C'est alors que Huguier (3) divise le sujet en deux parties : d'une part l'hypertrophie de la portion sus-vaginale et d'autre part celle de la portion sous-vaginale ; c'est de cette dernière dont nous voulons nous occuper ici.

Stolz (4), publie un nouveau mémoire la même année et inspire la thèse de Rumbach, de Strasbourg (5). En 1866, M. Silvestre (6) soutient une thèse à Montpellier

1. Morgagni. *De sedibus et causis morborum*, 1761.

2. Levret. *Mémoire sur un allongement considérable qui survient quelquefois au col de la matrice*, in *Journal de médecine chirurgie* par Roux, 1773.

3. Huguier. *Mémoires acad. méd.* Paris, 1859.

4. Stolz. *Gaz. hebd.*, 1859.

5. Rumbach. *Des allongements hypertrophiques du col de l'utérus*. Th. Strasbourg, 1865.

6. Silvestre. *Considérations sur l'hypertrophie intra-vaginale du col de l'utérus et de son traitement*. Th. Montpellier, 1866.

sur le même sujet. Puis les divers auteurs s'en occupent dans leurs ouvrages : Courty (1) en recherche les causes, Barnes (2) en poursuit les rapports avec la grossesse et l'accouchement, toujours au point de vue étiologique.

En 1875, paraît un mémoire très complet sur l'hypertrophie de la portion sous-vaginale (3). Enfin en 1878, Crevet (4) divise, d'après Schröder, le col de l'utérus en trois portions ; une supérieure sus-vaginale, une inférieure sous-vaginale et une troisième portion intermédiaire aux deux premières, portion qui grâce à l'insertion oblique du vagin sur l'utérus est extra-vaginale en avant et intra-vaginale en arrière ; il décrit donc une hypertrophie de la portion moyenne avec des caractères anatomiques absolument particuliers.

Depuis cette époque nous avons à citer le travail de Curvale (5) le dernier qui traite de l'allongement de la portion sous-vaginale. Quelques observations cependant sont publiées à l'étranger par Lawson, A. Martin, Daires Morgan, Stratz, Ebermaier, Villa et en France, par Ollivier, Faucon, Polaillon, Trélat. Enfin il faut signaler les leçons qui ont été faites sur ce sujet par les divers chirurgiens et gynécologistes, depuis celles de Gal-

1. Courty. *Traité pratique des maladies de l'utérus*, 1866.

2. Barnes. *Traité clinique des maladies des femmes*, traduction A. Cordes, 1876.

3. Dupuy. *De l'élongation hypertrophique de la portion vaginale du col de l'utérus. Progrès médical*, 1875-76.

4. Crevet. Th. d'Erlangen, 1878.

5. Curvale. *Etude sur l'allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col de l'utérus*. Thèse Paris, 1880.

lard (1) et de Trélat (2), jusqu'aux recherches de M. le professeur Duplay (3), qui s'occupe plus particulièrement des rapports de l'hypertrophie avec le prolapsus des organes génitaux. Dernièrement encore M. Schwartz (4) rapportait deux observations dont nous citerons la première plus loin. Ce sont les dernières publications faites sur la question.

Avant de terminer cette courte revue historique, nous devons dire que depuis quelques années des observations assez nombreuses ont été faites sur les variétés d'œdème amenant l'hypertrophie plus ou moins persistante du museau de tanche. Herpin (5) dès 1856 les avait signalées, puis Cazeaux (6) dans son *Traité des accouchements*. Balocchi en 1871 (7) les étudiait surtout au moment de l'accouchement ; enfin depuis les travaux importants de Guéniot (8), en 1872, travaux desquels nous avons tiré une observation particulièrement intéressante (Obs. VIII),

1. Gallard. *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, 1883.

2. Trélat. *Leçons sur les prolapsus des organes génitaux de la femme* (*Annales gyn.*, mai, nov. 1888 et janv. 1889).

3. Duplay et Chaput. *Etude sur les prolapsus génitaux* (*Arch. méd.*, 1889).

4. Schwartz. *Hypertrophie du col de l'utérus et amputations anaplastiques* (*Revue gén. clin. et therap.*, 1892).

5. Herpin. *Gazette médicale*, 1856.

6. Cazeaux. *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*, 1858.

7. Balocchi. *Trattato di ostetricia*. Milan, 1871.

8. Guéniot. *Allongement œdémateux pendant la grossesse et l'accouchement* (*Arch. méd.*, 1872).

nous ne trouvons qu'une observation de Misrachi (1), publiée dans les *Archives de tocologie*, en 1889.

On peut consulter d'ailleurs à la fin de notre travail un relevé bibliographique assez étendu comprenant les auteurs français et étrangers qui ont traité le sujet qui nous occupe ou qui ont publié des observations complètes.

1. Misrachi. *Un cas d'allongement aigu avec prolapsus du col utérin pendant la grossesse et l'accouchement* (*Arch. tocol.*, 1889).

ETIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

L'hypertrophie du col utérin, à ne compter que les communications faites sous le titre d'allongement hypertrophique du col, paraît assez rare, surtout si on considère les cas où la lésion porte à la fois sur les portions sus et sous-vaginales. Cependant il existe des exemples très nets de cette variété, et bien que Huguier dise ne l'avoir jamais rencontrée, certains auteurs, Alphonse Guérin (1) en particulier, en ont signalé des observations. M. Polaillon (2) a même pu noter dans un cas l'hypertrophie de tout l'organe.

Pour ce qui est de l'hypertrophie portant sur une partie du col seulement, il semble qu'on trouve plus d'observations d'hypertrophie de la portion sus-vaginale ; mais nous devons faire remarquer que si on recherche tous les cas d'hypertrophie et en y faisant notamment rentrer ceux qui arrivent comme complication de la métrite chronique, on trouve en fin de compte que les

1. A. Guérin. *Hypertrophie des portions sus et sous-vaginales du col de l'utérus ; chute du vagin ; ulcération de la tumeur ; résection du col à l'aide de l'écraseur ; guérison*. Obs. communiquée à la Soc. Chirurgie, fév. 1860.

Voir encore Waren (*American Journal of the med. Sciences* 1864).

2. Polaillon. *Gigantisme utérin* (*Union méd.*, 1887).

hypertrophies du segment sous-vaginal ou intra-vaginal sont de beaucoup les plus fréquentes parmi toutes celles qui ne se portent que sur une portion limitée du col.

Le plus généralement, l'hypertrophie du col se rencontre à l'âge moyen de la vie, au cours de la période active de l'appareil génital ; cependant on peut en trouver des exemples avant la puberté ou dans des cas très rares à un âge assez avancé (1). Le développement des lésions hypertrophiantes nous est en effet facile à comprendre à cette période d'activité génitale, si nous considérons les causes déterminantes de ces lésions.

D'une manière générale, nous avons à distinguer trois grands processus pathologiques aboutissant à l'hypertrophie.

1° Parfois elle est congénitale et évolutive ; Aran qui l'a vue se porter sur tout l'organe la désigne alors sous le nom d'hypertrophie nutritive. Elle apparaît à la puberté et le plus souvent un peu plus tard ; elle n'est que le résultat d'une suractivité de développement à laquelle la constitution ou la profession n'est sans doute pas étrangère ; souvent en effet les malades sont obligées de rester longtemps debout, ce sont particulièrement des domestiques, des blanchisseuses, des cuisinières. Dans ce cas, tous les éléments sont hyperplasiés simultanément sans déviation du type normal. D'ailleurs l'utérus, et c'est le seul organe qui soit dans ce cas, bien qu'ayant des tissus constitués en apparence d'une manière définitive,

1. Lemaistre (*Bull. soc. anat.*, 1873) en cite un exemple chez une femme de 84 ans.

renferme des éléments embryonnaires qui sont la preuve anatomique de l'état caractéristique d'évolution continue, d'organisation mobile de l'organe oscillant constamment entre une tendance hypertrophique et une tendance atrophique (1) ; il en résulte que, sous une influence variable, il peut se développer de nouveaux éléments amenant une augmentation de volume plus ou moins grande.

2° D'autres fois on trouve comme cause d'hypertrophie un traumatisme indirect comme une chute sur les genoux, le siège, le périnée, l'exercice immodéré de l'équitation, le saut à la corde (2), les rudes travaux de culture (3), ou bien un traumatisme direct portant sur l'utérus lui-même ; c'est ainsi qu'on a pu incriminer l'onanisme, les excès de coït (4). Dans ce cas, on pourrait mettre en cause un travail phlegmasique succédant aux irritations dont il vient d'être parlé.

C'est dans cette catégorie de causes que nous ferons rentrer l'accouchement. Dans le plus grand nombre des observations, on constate en effet que les femmes dont il s'agit ont eu un ou plusieurs enfants ; les accouchements ont été laborieux et ont déterminé des lésions portant parfois sur une seule lèvre et déterminant le museau de tanche tapiroïde ou portant sur les deux lèvres à la fois, déchirant le col dont on trouve l'orifice externe en forme

1. Courty. *Sur les altérations histologiques de l'utérus dans leur rapport avec les principales maladies de cet organe*. Comptes-rendus Acad. Sciences, t. 84, 1877.

2. Dupuy. *Loc. cit.*, Obs. IV.

3. Gallard. *Loc. cit.* (voir notre obs. V).

4. Curvale. *Loc. cit.* Obs. IV.

de fente plus ou moins irrégulière. Tantôt c'est l'accouchement qui a déterminé les premières lésions (Obs. IV), tantôt l'hypertrophie qui existait déjà a pris un nouveau développement à la suite du travail (Obs. VII).

De nombreuses théories ont été émises sur la pathogénie de la lésion dans ce cas : nous ne citerons que celle de Scanzoni qui incrimine la compression prolongée des parties et la forte contusion résultant du passage du fœtus ; et celle de Courty (1) qui met en cause une métrite survenue après l'accouchement.

Il nous faut parler ici de l'allongement oedémateux qui reconnaît lui aussi immédiatement pour cause la grossesse et l'accouchement ; le ramollissement de l'utérus, le prolapsus qu'on retrouve parfois favorisent singulièrement l'hyperhémie et l'imbibition séreuse du tissu du col, en diminuant sa résistance. Le col, comme le fait remarquer Guéniot (2), se comporte comme un organe érectile ; on y trouve par exemple des artères hélicines qui, partant de la couche musculaire, se rendent dans la muqueuse pour fournir des branches aux glandes et aux papilles ; il en résulte que la faiblesse, l'atonie ou la demi paralysie des fibres musculaires arrive comme cause immédiate de cette hypertrophie oedémateuse.

3° Enfin il reste une dernière cause d'hypertrophie du col de l'utérus, particulièrement dans sa portion vaginale, nous voulons parler des lésions inflammatoires de l'utérus lui-même ou des organes voisins. Il faut attribuer, et nous y insistons, un très grand nombre d'hypertro-

1. Courty, *in loc. cit.*

2. Guéniot, *loc. cit.*

phies du museau de tanche à la blennorrhagie, à la vaginite et surtout à la métrite du col (Obs. II). En effet, contrairement à ce qui se passe dans la métrite du corps de l'utérus, il y a souvent dans le col propagation de l'inflammation de la muqueuse à la paroi musculaire ; le tissu cellulaire sous-muqueux lui aussi augmente de volume et détermine souvent des changements de forme et de consistance de la portion intra-vaginale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Schröder divise le col utérin en trois portions d'après les rapports qu'il affecte avec les insertions vaginales. Celles-ci, en effet, remontent plus haut en arrière qu'en avant, il s'en suit que si on fait des coupes du col perpendiculairement à son axe longitudinal, la portion intra-vaginale ou sous-vaginale est plus longue en arrière. Si donc on considère une partie inférieure intra-vaginale en avant aussi bien qu'en arrière, et une autre partie supérieure complètement extra-vaginale, ou supra-vaginale, il existe entre elles une troisième partie du col utérin, partie qui se trouve intra-vaginale en arrière et au contraire extra-vaginale en avant. Nous laisserons complètement de côté les hypertrophies du col localisées à la portion supra-vaginale. Celles de la portion moyenne ne rentreront qu'en partie dans notre étude, puisque nous ne nous occuperons que de la partie intra-vaginale du col.

Cette première division étant nettement établie, il nous semble qu'avant de passer en revue les lésions de la maladie qui nous occupe, il est nécessaire de dire quelques mots sur l'aspect et les caractères du col normal.

Chez les vierges pubères le col est conique, à base supérieure, son extrémité inférieure est pointue comme un museau de taupe (Sims) ; sa longueur est de 9 à 10 millimètres (Sappey). Quand la femme est déflorée l'extré-

mité libre s'aplatit un peu et de conique le col devient cylindrique ; mais au fur et à mesure que les grossesses se multiplient, il s'élargit de plus en plus à son extrémité inférieure ; en même temps il se raccourcit, si bien qu'on ne trouve plus chez la vieille femme qu'une sorte de bourrelet remonté au fond du vagin et percé d'un orifice, ou même le doigt arrive sur une simple dépression sans saillie aucune. Cazeaux considère cet état comme le résultat du tiraillement exercé par l'élévation forcée de l'utérus pendant la grossesse sur les insertions vaginales qui glisseraient en quelque sorte le long du col et finiraient par se trouver en rapport avec l'orifice externe. MM. Tarnier et Chantreuil n'y voient au contraire qu'une destruction, une sorte de réduction par suite des nombreuses déchirures produites au cours des accouchements, et certains auteurs ont même voulu, d'après l'aspect du museau de tanche et de l'orifice externe, diagnostiquer le nombre des grossesses antérieures.

Ces quelques remarques étant faites, quels sont les changements qui se rencontrent dans le cas d'hypertrophie ?

Au point de vue de la dimension du col, les variations sont grandes ; tandis que l'hypertrophie sus-vaginale se fait surtout dans le sens de la longueur (1), l'hypertro-

1. Voir à ce sujet l'observation rapportée par M. W. Farr (*Americ. Journal Obst.*, novembre 1890) où on trouve dans un cas de kyste de l'ovaire le corps utérin très petit, ne dépassant pas 3 centimètres de longueur, relié à la partie inférieure du col par un cordon mince, longeant la surface du kyste et ayant 1 centimètre de large sur plus de 15 centimètres de longueur.

phie sous-vaginale porte le plus souvent sur les trois diamètres ; il semble donc que le nom d'allongement hypertrophique, d'élongation du col, conviendrait mieux dans le premier cas, et que le terme d'hypertrophie simple s'appliquerait plus exactement à la seconde variété. Quoiqu'il en soit, la longueur du segment vaginal hypertrophié varie de 3 à 7 centimètres et plus. Bennet rapporte une observation où elle atteignait neuf cent nous en citons un nouvel exemple à la fin de notre thèse (Obs. I). Dans ces cas l'utérus sort hors des organes génitaux et fait une saillie considérable entre les cuisses.

Suivant que l'hypertrophie porte principalement sur l'un ou l'autre du diamètre, il en résulte des aspects absolument différents ; ces formes ont été classées par Scanzoni en cinq variétés (1), nous ne pouvons mieux faire que de les reproduire ici.

1° L'augmentation peut porter sur tous les diamètres et la partie inférieure surtout est tuméfiée, c'est le col en massue ou en battant de cloche que l'on rencontre souvent chez les multipares (Obs. III) où à la suite des métrites chroniques ayant persisté assez longtemps (Obs. II). Dans ce cas les diamètres antéro-postérieur et transversal de deux à trois cent. qu'ils ont à l'état normal augmentent jusqu'à 4 et 5 centimètres ; c'est le maximum d'épaisseur qu'ils peuvent atteindre.

2° Le col peut être conique, allongé ; l'orifice est plutôt rétréci qu'élargi, il s'agit ici le plus souvent de nullipares.

1. Scanzoni, *loc. cit.*

3° Le col peut descendre jusqu'à la vulve; il est cylindrique, l'orifice présente un aspect variable, l'augmentation porte surtout sur le diamètre longitudinal; on ne le trouve encore que chez les nullipares (obs. I).

4° L'hypertrophie ne porte que sur une des lèvres, l'autre gardant sa forme, sa dimension normale ou paraissant au contraire un peu effacée. Ceci arrive, soit à la suite d'une brièveté congénitale ou acquise de la paroi vaginale répondant à la lèvre hypertrophiée, soit à la suite d'une altération portant sur l'autre lèvre après un accouchement ou un traumatisme quelconque. L'orifice présente alors l'aspect d'une fente transversale plus ou moins longue et irrégulière. Quand l'hypertrophie porte sur la lèvre antérieure le col est dit « en museau de tapir ». Cette lèvre est parfois très développée et peut comprimer plus ou moins fortement l'urèthre et produire la rétention d'urine (1). Dans un cas d'hypertrophie folliculaire limitée à la lèvre antérieure, M. Reclus a trouvé cette lèvre longue de 18 centimètres faisant une saillie de 4 à 5 centimètres hors de la vulve (2). Huguier en signale un cas également (3) et Simon a vu lui aussi ce genre d'hypertrophie faisant même hernie à travers l'orifice de l'hymen intact (4).

5° Enfin l'hypertrophie peut porter à la fois sur les deux lèvres qui sont plus ou moins allongées, mais qui restent toujours séparées par une fente transversale pro-

1. Laurent. *Union méd. de la Seine-Inférieure*, 1874.

2. Pilliet. *Bulletin soc. anat.*, décembre 1890.

3. Huguier, *loc. cit.* Obs. VI.

4. Simon, *gaz. hebd.*, 1864.

fonde, d'où l'apparence d'une mitre d'évêque renversée, d'ailes de papillon.

Voilà les formes décrites par Scanzoni, mais nous ferons remarquer qu'il est des cas qui ne correspondent exactement à aucune d'elles. Les formes d'hypertrophie présentent des variétés si nombreuses qu'on ne saurait en faire un relevé complet, ce qui n'aurait d'ailleurs pas une grande importance pratique. Nous n'insisterons pas davantage sur ce sujet.

Il nous faut maintenant rechercher quelles sont les lésions microscopiques des tissus composant le col utérin hypertrophié et ici différents cas peuvent se présenter :

1° S'il s'agit d'une hypertrophie d'origine évolutive, elle porte sur tous les éléments. La muqueuse est saine ; Huguier a signalé cependant une dilatation des follicules muqueux qui avoisinent l'ouverture du col, d'où l'origine d'un écoulement muqueux souvent abondant. Le tissu musculaire est très développé. M. Ollivier (1) a dans un cas trouvé, sur des coupes, des fibres de dimensions beaucoup plus grandes qu'à l'état normal, reliées entre elles par une quantité de tissu conjonctif qui dépassait celle qu'on trouve dans un utérus sain. « A voir ce tissu, dit-il, on se croirait en présence d'une coupe de tissu utérin prise sur un utérus en état de gestation. » De nombreux vaisseaux dilatés, remplis de sang, se rencontrent surtout à la base de la tumeur dans les parties profondes des tissus ; Huguier leur a trouvé un diamètre de 1 millim. $\frac{1}{2}$

1. Ollivier. Note sur un cas d'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col de l'utérus, *Annales gyn.*, 1881, p. 202.

à 2 millimètres. Mais cette disposition n'est pas constante malgré l'assertion de Virchow et rarement l'ablation du col au bistouri a donné à Huguier une hémorrhagie consécutive notable.

2° D'autres fois l'hypertrophie porte surtout sur le système vasculaire; il y a une véritable transformation érectile, le col prend la structure d'un angiome; ces faits sont très rares, mais ils doivent être signalés car ils constituent un véritable danger opératoire, si on ne les a pas prévus, témoin le cas où Demarquay, à la suite d'une amputation de la lèvre antérieure, vit survenir une véritable hémorrhagie en arrosoir (1).

3° L'hypertrophie consécutive à la métrite du col peut présenter deux types anatomiques. Le premier, type folliculaire, est caractérisé par une infiltration de glandes de nouvelle formation; ces glandes hypertrophiées sont en général en nombre considérable et tendent le plus souvent à former de petits polypes, des productions kystiques; aussi ce type folliculaire peut être considéré comme le premier stade d'un processus qui aboutit à la transformation scléro-kystique qui constitue la seconde variété.

Ici les kystes très nombreux portent le nom d'œufs de Naboth, ils peuvent avoir plus de 1 centimètre et sont formés d'une paroi conjonctive recouverte d'une seule couche de cellules cylindriques ou cubiques. Ici les éléments musculaires ne sont pas hypertrophiés; au contraire on en trouve à peine quelques faisceaux éparpillés, comprimés

1. Demarquay, Obs. XII citée par Dupuy, *loc. cit.*

dans une gangue de tissu conjonctif qui détermine une véritable sclérose (Obs. III). Les vaisseaux sanguins ont des parois épaisses et sont aussi profondément altérés. Il n'y a pas en somme de rétraction cicatricielle du tissu conjonctif, mais bien une augmentation permanente du volume de celui-ci (Cornil) et le col prend parfois la consistance du tissu cartilagineux (Obs. VI).

4° Dans le cas d'hypertrophie œdémateuse, l'altération est constituée par un engorgement hypéréémique du col puis par une surimbibition séreuse ou un œdème véritable des tissus. Dans une autopsie, Guéniot trouva un tissu blanc grisâtre, très souple, presque mou ; au niveau de la lèvre antérieure il était comme caverneux et ressemblait assez bien au tissu de bulbe urétral chez l'homme, mais on n'y distinguait pas de vacuoles (1).

5° L'hypertrophie du col utérin peut être enfin (et c'est, ainsi que nous l'avons dit, le cas le plus fréquent), une hypertrophie mixte, c'est-à-dire consister en une altération des différents éléments qui le constituent. Il en est ainsi dans l'observation de notre maître le professeur Le Fort. L'examen histologique de la pièce a été pratiquée par M. Caussade, chef de laboratoire à l'Hôtel-Dieu, à l'extrême amabilité duquel nous devons la note qui a été rédigée exprès pour nous.

Nous la donnons *in extenso* à titre de renseignement :

Ces lésions portent à la fois sur le tissu musculaire, surtout sur le tissu conjonctif, sur les vaisseaux, artères et veines ; les lésions glandulaires ne sont que consécu-

1. Guéniot, *loc. cit.* Obs. III.

tives aux altérations précédentes ; la trame conjonctive forme le substratum de l'hypertrophie du col, il est représenté surtout par le tissu conjonctif adulte, lequel, en se développant, a étouffé les éléments glandulaires et surtout les éléments musculaires. Sur la partie la plus rapprochée de la section on trouve, outre le tissu conjonctif adulte, du tissu embryonnaire et même un peu du tissu muqueux, il nous a semblé qu'à un certain point nous trouvions du tissu élastique, mais ce n'est pas certain, cette apparence est probablement due à des fibres cellulules qui ont perdu leur noyau ; on retrouve cependant le tissu musculaire dans quelques zones et en tr'autres dans la partie moyenne autour de quelques vaisseaux, et c'est seulement là qu'elles sont appréciables ; les lésions des vaisseaux très marquées prédominent surtout au niveau du museau de tanche, ces lésions consistent essentiellement en une endartérite oblitérante. Pas d'extravasation sanguine. Thrombose et phlébite très prononcées.

Quant au tissu glandulaire, il a à peu près disparu dans la gangue conjonctive et nous n'avons retrouvé que quelques culs-de-sac et quelques accini et encore étaient-ils à peu près détruits.

Sur une ou deux préparations nous avons trouvé toutefois des glandes à peu près intactes et quelques-unes présentant une prolifération de leur épithélium, mais disons que cette prolifération se trouve au niveau de la dernière partie de la glande dans les canaux excréteurs ou dans la dernière partie de la portion sécrétante de la glande. L'épithélium du museau de tanche est complètement intact, nous n'avons signalé aucune altération de ce tissu.

En résumé, sclérose, endartérite, phlébite et thrombose sont les lésions essentielles qui constituent et ont participé à l'hypertrophie du col.

Il est probable que le processus initial réside dans les vaisseaux.

SYMPTOMES

Deux cas peuvent se présenter au point de vue symptomatique ; ou bien l'hypertrophie est peu considérable, le col ne fait dans le vagin qu'une saillie légère ; ou bien au contraire, il est très développé et peut aller jusqu'à faire issue hors de la vulve. Dans le second cas, la malade ayant constaté elle-même en se livrant aux soins de sa toilette la présence d'une tumeur, vient aussitôt consulter le chirurgien. Dans le premier cas, au contraire, elle n'éprouve qu'une série de troubles fonctionnels plus ou moins développés, et souvent elle reste longtemps malade avant de se faire examiner.

Le début de l'affection est donc toujours difficile à fixer ; nous avons vu précédemment que la lésion peut se développer dès la puberté ; d'autres fois, et c'est l'ordinaire, il est impossible de savoir l'époque précise d'apparition des premiers symptômes. Dans la majorité des cas, en effet, la maladie débute par une métrite dont la cause reste inconnue ; la malade raconte que, depuis un temps variable, depuis des années parfois, elle ressent des douleurs vagues dans les aînes, dans l'hypogastre, dans la région lombaire, douleurs qui peuvent s'irradier sous le moindre effort, soit vers l'épigastre, les cuisses, le périnée, la région anale. La marche, la station debout prolongée sont pénibles.

Il existe de la dysménorrhée ; les règles sont irrégulières, très abondantes parfois, et peuvent, à la suite d'effort, de fatigue, donner naissance à de véritables métrorrhagies (Obs. III, V et Obs. X). D'autre part, il y a de la leucorrhée ; le liquide qui s'écoule par le vagin est filant, visqueux, épais ; il est en effet le résultat du développement exagéré et de la multiplication des follicules muqueux du col.

A ces symptômes, s'ajoutent souvent (comme dans notre obs. I) des troubles de la miction, fréquence exagérée, difficulté variable dans l'émission des urines. D'autre part, les fonctions du tube digestif sont troublées, il y a de la constipation opiniâtre, causée souvent par une déviation concomitante de l'utérus et des troubles gastriques consécutifs.

Un fait important à rechercher est la présence de grossesses n'ayant pas été jusqu'à terme, ou d'accouchements laborieux, ayant par exemple occasionné l'emploi de forceps (obs. IV).

Plus tard, l'hypertrophie ayant continué à évoluer plus ou moins rapidement, suivant les causes qui l'ont produite, la tumeur fait une saillie notable dans le vagin, elle est gênante par le seul fait de son volume ; elle donne lieu à des phénomènes de compression plus caractérisés, c'est ainsi qu'on a pu voir de la rétention complète d'urine ou une compression telle du rectum que la maladie en imposait pour un rétrécissement de l'extrémité inférieure du tube digestif.

Plus tard encore, le col forme une tumeur qui vient faire hernie à la vulve (Obs. I), en écartant les grandes

lèvres ; on voit alors une saillie plus ou moins conique, rosée, présentant à son sommet un orifice. Cette tumeur, sur les caractères physiques de laquelle nous avons particulièrement insisté au chapitre de l'anatomie pathologique, présente des aspects variables suivant les causes qui lui ont donné naissance, et le temps depuis lequel elle se développe. Souvent accompagnée, particulièrement dans les cas de grande hypertrophie, d'un prolapsus plus ou moins grave, elle descend entre les cuisses d'une longueur variable qui peut atteindre sept neuf centimètres et plus. Elle est souvent recouverte d'ulcérations dues aux irritations auxquelles elle est sans cesse exposée ; on trouve sur les lèvres des plaques ulcérées qui peuvent atteindre la largeur d'une pièce de un franc. L'inflammation peut d'ailleurs se propager à l'orifice vulvaire et particulièrement aux grandes lèvres qui sont oedématisées et présentent des plaques ulcérées, parfois assez étendues. Dans d'autres cas, la muqueuse qui recouvre la tumeur s'est en quelque sorte cutinisée et lui forme un revêtement solide qui la protège très efficacement contre les influences extérieures.

La sensation qu'elle donne au doigt qui la touche est variable suivant les cas : ferme, de consistance musculaire s'il s'agit d'une hypertrophie d'origine évolutive, elle peut acquérir une consistance particulièrement résistante par suite d'une transformation scléreuse dans les hypertrophies anciennes (Obs. VI). Dans d'autres cas, au contraire, elle est mollassse, pâteuse, demi-fluctuante et parfois un peu élastique, il s'agit alors d'une hypertrophie oedémateuse persistante ; ici la pression des doigts

prolongée forme une empreinte passagère comme s'il s'agissait d'un léger œdème, et, si on comprime pendant une ou deux minutes sur différents points, la turgescence diminue sensiblement de volume. Si on se trouve en présence d'une hypertrophie due à une métrite avec forte sécrétion de mucus, on sent une surface irrégulière, molle, avec des saillies qui s'affaissent parfois sous le doigt ; d'autre part l'orifice externe est large, ouvert, fendu transversalement ; quand il y a déchirure du col, il s'agit le plus souvent d'une éversion ou ectropion de la muqueuse cervicale plus ou moins fongueuse et ulcérée.

Si on cherche à faire pénétrer le doigt dans le vagin, pour l'introduire entre la tumeur et les parois vaginales, on a souvent de la difficulté ; nous ne parlerons pas de cas si intéressants dans lesquels la tumeur faisait hernie à travers l'orifice de l'hymen intact (1). En suivant la tumeur, on sent qu'elle semble se rétrécir à l'intérieur du vagin ; c'est qu'en effet par suite de la gêne circulatoire, la partie qui fait hernie au dehors est plus volumineuse, d'où la comparaison que Leroux a fait de la tumeur avec goulot de bouteille et son bourrelet terminal.

La tumeur est allongée dans le sens du grand axe du vagin ; exceptionnellement elle se dirige en avant ou en arrière amenant une compression notable des organes voisins. Le doigt la contourne complètement sans aucune douleur. On sent les culs-de-sac libres ; ils ne sont aucunement effacés ; bien au contraire, ils augmentent avec la longueur du col ; cependant il faut remarquer que

1. Lemaistre, obs. citée plus haut.

souvent, comme nous le dirons au chapitre des complications, il existe un degré plus ou moins marqué de prolapsus utérin, ce qui entraîne le plus ordinairement une diminution de profondeur, surtout pour le cul-de-sac antérieur; mais dans les cas où l'allongement est bien pur, comme dans notre observation I, on ne trouve absolument rien de semblable, car cela est dû exclusivement au prolapsus.

Le palper abdominal combiné avec le toucher vaginal donne peu de renseignements; il permet cependant de se rendre compte de l'hypertrophie des autres segments de l'utérus. On peut sentir si le fond de l'organe est plus élevé ou bien s'il est dévié de sa position normale et rejeté en avant ou en arrière.

Le spéculum, au contraire, montre très nettement l'état des lésions, mais il ne peut être employé avec profit que dans les cas où la tumeur ne fait pas issue hors de la vulve. Il nous semble plus facile de recourir aux valves, au nombre de deux ou quatre suivant les circonstances. Il est parfois assez difficile d'introduire les instruments, mais il nous faut ajouter que plus la tumeur descend bas, moins il est nécessaire de se servir du spéculum, le toucher étant d'un emploi beaucoup plus facile et donnant des renseignements tout aussi nets et parfois plus complets, quand on a un peu l'habitude de ces examens gynécologiques.

Il est des cas où l'orifice externe du col est étroitement resserré et où on peut introduire difficilement l'hystéromètre dans la cavité utérine, cependant il ne faut pas oublier que son emploi est d'un précieux secours. Le plus

souvent, surtout s'il existe de la métrite du col, la cavité cervicale est largement ouverte ; dans les cas d'hypertrophie œdémateuse, elle est si dilatée et si régulièrement calibrée qu'on peut introduire aisément l'index dans toute sa longueur, cette exploration étant d'ailleurs absolument indolente et sans au cun danger, quand elle est pratiquée avec précaution et quand on a pris les soins de propreté chirurgicale nécessaires. Normalement la cavité utérine mesure 5 cent. $1/2$ à 6 centimètres, et nous avons vu dans nos observations combien elle peut être augmentée, allant jusqu'à 10 et 12 centimètres et même beaucoup plus. Il est une précaution à prendre ici pour éviter une erreur de diagnostic facile à commettre, il y a des cas où le canal cervical est resserré en un point de sa longueur, ou bien l'orifice interne peut être fermé et on croit à une longueur normale de l'utérus, alors qu'on n'a pas dépassé l'isthme ou qu'on est resté quelquefois même plus bas ; le toucher rectal dans ce cas fait connaître lui aussi la longueur de l'utérus et permet de savoir si l'hystéromètre ne s'est pas arrêté en chemin.

D'autres fois, l'hystérométrie est difficile ou même impossible, par exemple si l'hypertrophie ne porte que sur une lèvre ; l'orifice externe est alors rejeté en avant ou en arrière de la tumeur et parfois même on ne peut le découvrir ; on le sent alors le plus souvent au toucher et on peut faire ainsi le diagnostic.

Les symptômes fonctionnels que détermine l'hypertrophie du col à cette période extrême sont les mêmes que ceux de la première période, mais ils sont singulièrement exagérés ; nous ne les reprendrons pas en détail, disant

seulement que par leur réunion ils empêchent tout travail et nécessitent un repos complet ; enfin ils amènent un état de faiblesse très notable et cela au bout d'un temps relativement court.

On ne trouve d'ailleurs jamais de symptômes généraux graves à moins de complications inflammatoires ; la fièvre n'existe pas, et si un jour on constate une élévation de température, un pouls rapide, des troubles gastriques, un état fébrile, en un mot, c'est qu'on va être aux prises avec une affection nouvelle, développée au cours de la maladie et souvent déterminée par elle plus ou moins directement, toutes complications que nous allons étudier maintenant.

MARCHE — COMPLICATIONS

Les lésions hypertrophiques s'accroissent presque toujours sans temps d'arrêt et cet accroissement se fait ordinairement lentement, la marche est chronique ; mais sous l'influence d'une des causes que nous avons signalées précédemment, éclater on peut voir une phase aiguë comme nous le retrouvons dans notre observation VII. Dans des cas plus rares la marche est assez rapide, un accroissement notable se fait en quelques mois, l'observation III du mémoire de Huguier (1) en est un exemple manifeste.

Quoi qu'il en soit, l'hypertrophie se complique souvent d'autres lésions qui amènent avec elles une marche particulière et peuvent même dans certains cas causer une terminaison fatale. Dans tous les cas les complications indiquent une intervention opératoire spéciale par les indications diverses qu'elles présentent.

Au niveau même du col, particulièrement quand la métrite chronique est la cause indiscutable de la maladie, on assiste pour ainsi dire toujours à la formation d'ulcérations plus ou moins étendues, siégeant surtout sur la lèvre postérieure et s'étendant parfois aux parois vaginales. De même, si l'utérus fait hernie hors de la vulve,

1. Huguier, *loc. cit.*

le col peut, par suite des frottements répétés auxquels il est exposé, ou se cutiniser ou plus souvent s'ulcérer et se mortifier en partie, surtout si la malade ne prend pas des soins de propreté assez grands.

Au niveau du col on peut encore trouver des kystes folliculaires à la suite de la première phase d'hypertrophie due à la métrite ; nous avons vu en effet qu'avant la sclérose on trouve presque toujours l'hypertrophie simple des glandes qui peuvent former de véritables petites tumeurs surajoutées dans les cas de transformations kystiques. Nous rappelons ici ces sortes de petits polypes, car ils créent à eux seuls une indication opératoire spéciale.

Les lésions inflammatoires du col peuvent se propager à l'endomètre tout entier ; notre observation III relate un de ces cas où on dut faire précéder l'amputation du col d'un curettage de toute la cavité utérine. Pour montrer que les lésions d'endométrite totale viennent bien à titre de complication, nous n'aurons qu'à signaler les nombreuses observations dans lesquelles le traitement de l'hypertrophie amène la rétrocession, puis la guérison complète de l'inflammation endothéliale.

Enfin l'hypertrophie sous vaginale peut, mais dans des cas d'une rareté extrême, se compliquer d'une pelvi-péritonite aiguë (Obs. IV) ou chronique, complication qui dans les deux cas, entraîne le plus souvent la mort, témoin le fait rapporté par M. Naudier (1) où on trouve à l'autopsie une pelvi-péritonite causée par un abcès

1. Naudier, *Bull. soc. anat.*, 1876.

rétro-utérin de date ancienne qui avait été le point de départ de la phlegmasie.

A côté de ces lésions d'origine inflammatoire et qui ne sont pour ainsi dire que les suites de la métrite primitive, cause de l'hypertrophie, nous allons maintenant signaler d'autres lésions qui sont dues à l'état d'hyperplasie de certains tissus qui entrent dans la composition du col; c'est ainsi qu'on a signalé des tumeurs fibreuses développées à l'intérieur d'une lèvre (Tillaux) (1) ou de la paroi postérieure de l'utérus (2) amenant une intervention spéciale.

D'autres sont causées par les désordres de nutrition de l'organe, par exemple l'hypertrophie sus-vaginale accompagnant celle du segment sous vaginal du col (3) ou bien l'hypertrophie totale de l'utérus cas très rare (4). On a pu au contraire rencontrer avec l'hypertrophie du col l'atrophie du reste de l'utérus et bien que ce fait soit exceptionnel M. Boinet dit en avoir rencontré un exemple très net (5). Peut-être faut-il faire rentrer dans la même classe les divers états néoplasiques qui peuvent se développer sur le museau de tanche hypertrophié.

1. Tillaux. *Fibro-myome de la lèvre antérieure du col utérin*. Ann. gynécol., oct. 1886.

2. Launay. *Elongation hypertrophique de la portion sous-vaginale du col. Complication de tumeur fibreuse de la paroi postérieure de l'utérus*. Pas de résection du col. Mort (in Dupuy, loc. cit.).

3. Voir A. Guérin (obs. citée plus haut). Soc. chir. 1860.

4. Polaillon, loc. cit.

5. Dupuy, loc. cit.

Voilà donc une série de complications dont la liste paraît déjà longue, mais qui en somme sont presque toutes dues à la cause même qui détermine l'hypertrophie. D'autres sont dues à l'hypertrophie elle-même et sont déterminées directement par la tumeur formée par le col. La plus importante est sans contredit l'atrésie de l'orifice externe qui s'observe principalement dans certaines hyperplasies fibromateuses ou dans les cas d'hypertrophie d'origine congénitale, là où on trouve un col conoïde, cylindroïde ou tapiroïde. Cette complication est importante à reconnaître, car elle amène des troubles sérieux dans la menstruation et peut dans certains cas devenir une cause absolue de stérilité.

Une lésion de voisinage moins grave et extrêmement rare, car on n'en connaît qu'un exemple, consiste dans la formation au niveau de la fourchette d'un kyste provenant d'une bourse muqueuse déterminée par le frottement de la tumeur à ce niveau (1).

Enfin nous avons gardé pour la fin de ce chapitre toute une série d'accidents, tant à cause de leur importance qu'à cause des débats auxquels ils ont donné lieu au point de vue de leur rapport avec la maladie qui nous occupe ; nous voulons parler des déplacements de l'utérus dans les divers sens, de l'anté ou de la rétroversion et des prolapsus. Faut-il voir là une cause ou un effet de l'hypertrophie du col ? La question a été longtemps discutée et les opinions sont variées parmi les auteurs qui s'en sont occupés. Néanmoins depuis de nombreux tra-

1. Estevenet, Obs. III, citée par Silvestre, *loc. cit.*

vaux publiés tout d'abord par Trélat, puis par un grand nombre de chirurgiens, on peut établir à peu près nettement la marche ordinaire des phénomènes morbides.

Dans le cas d'antéversion, assez rare d'ailleurs, le col appuyant sur le rectum, il s'en suit des troubles de compression très intenses du côté de cet organe; la constipation est opiniâtre, les malades ont une difficulté extrême à aller à la selle: Huguier (1) cite à ce propos une femme qui pour ce faire était obligée de se renverser en arrière; Marchal de Calvi (2) a trouvé dans un cas les matières fécales rubanées, aplaties transversalement en gouttière. Ricord (3) a vu sous l'influence de cette compression exagérée se déclarer chez une femme hystérique des crises graves avec collapsus et résolution musculaire complète, tous accidents qui disparurent après l'amputation du col.

La rétroversion se rencontre bien plus souvent, nous la retrouvons notée dans nos observations V et VIII produisant la rétention d'urine par suite de la compression exercée sur le pubis par le col hypertrophié, et, dans les cas où elle n'arrive pas à produire cet accident, exagérant toujours les troubles du côté de la vessie par le même mécanisme.

Mais la lésion qui complique de beaucoup le plus fréquemment l'hypertrophie du col est le prolapsus utérin (Obs. X, XII, XIII, XIV). Ceci est très important au point de vue du diagnostic; beaucoup de femmes viennent consulter pour un abaissement, une descente, une chute com-

1. Huguier, *loc. cit.*, obs. V.

2. Cité par Huguier, *loc. cit.*, obs. X.

3. Dupuy, *Arch. Tocol.*, 1876.

plète de l'utérus, alors qu'elles n'ont qu'une hypertrophie du col ou que le prolapsus est peu accentué; et cependant, par suite de l'allongement du segment intra-vaginal, le museau de lanche fait hernie à la vulve et pend entre les cuisses (Obs. XI). C'est ici que les divers auteurs ne sont plus d'accord, quand il s'agit de noter le moment d'apparition de l'hypertrophie. Huguier la considère comme phénomène primitif, initial; Trélat (1) lui aussi, pense que l'allongement précède toujours le prolapsus; Schröder (2) avait déjà adopté cette théorie. Pour Martin également, le prolapsus est toujours précédé d'un allongement du col et même d'un allongement de la portion sus-vaginale, car si on considère la portion sus-vaginale, on comprend bien mieux que l'hypertrophie soit secondaire, due aux tractions exercées par la vessie et la voûte vaginale antérieure; il est inutile de faire remarquer que cette observation conduit au traitement du prolapsus par l'amputation du col. Emmet, au contraire, invoque bien aussi le poids de l'utérus comme cause, mais pour lui c'est l'hypertrophie totale, celle qui s'étend à tout l'organe, c'est l'hypertrophie que Courty qualifie d'essentielle, c'est l'hypertrophie primitive de Scanzoni qu'Emmet considère d'ailleurs comme due à un arrêt de l'évolution puerpérale. D'autres auteurs et en particulier Ch. West, Cruveilhier (3), déclarent l'hypertrophie secon-

1. Trélat. *Leçons sur les prolapsus des organes génitaux de la femme* (mai, nov. 1888).

2. Schröder, *Charité Annalen* 1878.

3. Trélat, *Des prolapsus utérins et de leur mode de production* (*France médicale*, 1887).

daire et due à des phénomènes de sclérose ou de stase veineuse (1). Témoin (2) se range à cet avis, car il cite une observation où, malgré une hypertrophie considérable du col, il n'existait pas de prolapsus, mais simplement une légère cystocèle.

En somme, au milieu de toutes ces opinions et des observations caractéristiques de Témoin, on peut conclure avec MM. Duplay et Chaput (3), que les augmentations de volume de l'utérus dans les prolapsus génitaux sont fréquentes, mais pas assez pour qu'on les élève au titre de cause principale ou constante. Par conséquent, sauf quelques cas rares, ces altérations sont secondaires ou simplement concomitantes.

Ces phénomènes de prolapsus, dont nous avons esquissé la pathogénie dans ce chapitre général des complications, pour donner en quelque sorte plus de relief à cette association des deux processus pathologiques si étroitement liés ensemble, ces phénomènes de prolapsus sont en général peu accentués dans l'hypertrophie sous vaginale, par opposition à ce qu'on rencontre pour l'hypertrophie du segment supérieur du col. Cependant, ils constituent

1. Témoin, *loc. cit.*, cite une observation de prolapsus où l'utérus mesurait 11 centimètres ; on opère pour le prolapsus sans toucher à l'utérus ; six mois après l'utérus mesurait 9 centimètres et un an après 6 centimètres seulement. Ce fait a été signalé également par Sinéty (*Th. des maladies des femmes*).

2. Témoin, *Contribution à l'étude des prolapsus génitaux*. Th. Paris, 1889.

3. Duplay et Chaput, *Arch. méd.*, 1889, I, p. 648.

généralement une indication opératoire spéciale, et nous trouvons dans nos observations qu'il a presque toujours fallu faire suivre l'intervention portant sur le col d'une opération destinée à combattre le prolapsus lui-même.

DIAGNOSTIC

Au point de vue du diagnostic on doit diviser l'hypertrophie du col en deux périodes, l'une où la tumeur est peu volumineuse, entièrement cachée dans l'intérieur du vagin, l'autre, où on trouve une tumeur bien développée, descendant jusqu'à la vulve en sortant entre les lèvres.

1° Dans le premier cas, la malade, accusant plutôt des phénomènes de métrite, parfois quelques légers phénomènes de compression, le toucher vaginal révèle l'existence d'une saillie de consistance et de forme variables, dont nous avons apprécié les caractères au chapitre de la symptomatologie. Quelques autres affections pourraient égarer le diagnostic, mais en général on pourra assez facilement déterminer la nature des lésions. Il s'agira le plus souvent de petites tumeurs simulant l'hypertrophie d'une seule lèvre du museau de tanche.

Les *kystes folliculaires du col*, qu'on rencontre assez souvent, forment de petites masses irrégulières, molles, dépressibles ou nettement fluctuantes ; ils sont mobiles ordinairement, cependant il est des cas où le diagnostic est difficile, surtout s'il s'agit d'une hypertrophie folliculaire considérable comme dans l'observation de Reclus citée plus haut ; d'ailleurs il s'agit ici des mêmes lésions et le traitement sera le même.

Dans le cas de *polype muqueux*, on trouve un pédicule se rattachant à une des lèvres du museau de tanche et le diagnostic est facile (Obs. X).

S'il s'agit d'un *polype fibreux*, on peut être plus embarrassé, d'autant plus qu'on trouve parfois ces polypes ayant une cavité ouverte à leur extrémité inférieure et leur aspect rappelle celui du col (1); mais ici on trouvera la tumeur rétrécie à sa partie supérieure, entourée par un anneau plus ou moins développé et formé par le col lui-même. Dans le cas où le polype présenterait un orifice inférieur, c'est par un double cathétérisme pratiqué d'une part à l'intérieur de la cavité utérine, et d'autre part au niveau de la cavité intra-pédiculaire que l'on pourrait déterminer la présence de ce genre de tumeur.

On pourra également rencontrer de petites tumeurs polypiformes développées sur le col et présentant une structure identique à celle du tissu même de l'utérus; ce sont ces tumeurs que Broca désigne sous le nom d'*hystéromes*. La présence d'un pédicule inséré nettement sur une des lèvres du museau de tanche tranchera la difficulté.

Dans d'autres cas le diagnostic est bien plus délicat; se trouve-t-on en présence d'une hypertrophie d'une seule lèvre, d'un col tapiroïde ou s'agit-il d'une *tumeur fibreuse* développée à l'intérieur de la lèvre elle-même comme M. le professeur Tillaux en a signalé un exemple (2). Ici il n'y a pas de douleurs expulsives puisque la

1. Huguiet, *De l'hystérométrie et du cathéterisme utérin*, 1865.

2. Tillaux, *loc. cit.*

tumeur n'empiète pas sur le corps de l'utérus et ne sollicite pas la contraction des muscles; mais dans ce cas souvent la tumeur a une tendance à se pédiculiser (Gallard).

2° Si on se trouve en présence d'une tumeur faisant saillie hors de la vulve, les affections avec lesquelles on peut confondre l'hypertrophie sous-vaginale sont encore peu nombreuses, mais on peut se trouver ici en présence de difficultés assez notables.

L'inversion utérine, le renversement de la matrice sera facile à éliminer; on est bien en présence d'une tumeur volumineuse, à grosse extrémité inférieure: mais la couleur est d'un rouge plus vif; l'aspect est villeux; l'extrémité libre ne présente pas d'orifice; l'extrémité supérieure est amincie; au lieu de se continuer directement avec le collet le corps de l'utérus, on constate un repli qui l'engaine, d'ailleurs les commémoratifs suffisent la plupart du temps pour reconnaître la lésion.

Il en sera de même pour *l'allongement œdémateux aigu*, passager, qui se produit souvent au début de l'accouchement ou à la fin de la grossesse; la circulation est interrompue, la lèvre antérieure étant comprimée entre deux plans résistants, les parties fœtales et le pubis (1); il s'agit d'un œdème mécanique qui peut aller jusqu'au thrombus (2).

1. Etienne, *Du gonflement de la lèvre antérieure du col comme cause de ralentissement du travail et moyens d'y remédier* (arch. tocol., mars 1892).

2. Cazeaux cité par Tarnier, 10^e éd., p. 724.

L'hypertrophie vasculaire polypiforme des lèvres (1) décrite par Stolz survient également pendant l'accouchement et se développe si rapidement que toute confusion est impossible.

Mais il reste deux cas où le diagnostic est très difficile : nous voulons parler de *l'hypertrophie du segment sus-vaginal* et du prolapsus utérin. Dans le premier cas, le col fait saillie à la vulve très souvent, car il ne faut pas oublier que c'est dans cette portion que le col s'hypertrophie surtout dans le sens de son diamètre longitudinal : mais alors il entraîne les organes voisins à cause de son adhérence avec eux ; il y a presque constamment de la cystocèle et souvent de la rectocèle ; pas cependant dans les cas d'hypertrophie du segment moyen du col, comme Crevet (2) l'a démontré. De toutes façons, le vagin recouvre le col au fur et à mesure qu'il s'allonge ; il en résulte que les culs-de-sac s'effacent, que la hauteur du vagin diminue. Par le toucher vaginal ou rectal, on sent nettement une tumeur cylindrique qui surmonte le museau de tanche ; le cathétérisme utérin démontre un allongement ordinairement énorme de la cavité et par le palper abdominal on sent le fond de l'utérus à sa place normale. Il ne faut pas oublier qu'on trouve parfois l'hypertrophie portant sur toute la hauteur du col, sur les segments sus et sous-vaginaux ; on observe alors à la fois les symptômes propres à chacune des deux lésions.

Le diagnostic avec le *prolapsus utérin* nettement mis

1. *Hypertrophie, ulcération syphilitique du col de l'utérus* (ann. gynécol., 1875).

2. Crevet. *loc. cit.*

en lumière par Huguier s'appuie sur des signes caractéristiques. Ici le col fait bien saillie également à la vulve ou descend plus ou moins bas dans le vagin, mais par le toucher on constate que les culs-de-sac ne sont pas libres ; ils ne sont pas profonds comme dans l'hypertrophie de la portion sous-vaginale ; au contraire, au fur et à mesure que l'utérus descend, ils s'effacent, disparaissent, le vagin n'existe plus ; mais si on fait rentrer la tumeur en la repoussant en haut, à mesure qu'elle remonte, on voit les organes reprendre leurs rapports normaux ; les culs-de-sac existent à nouveau, on peut faire le tour du col avec le doigt.

Ajoutons que, dans le cas de prolapsus complet, on ne sent plus le corps de l'utérus derrière le pubis et sur la paroi antérieure de la tumeur on voit l'orifice de l'urèthre car il existe toujours de la cystocèle et aussi de la rectocèle, au moins dans les prolapsus très développés. Si on veut pratiquer le cathétérisme uréthral, la vessie étant entraînée avec l'utérus, il faut diriger le bec de la sonde non plus en haut, mais obliquement en arrière et en bas ; il y a au-devant du col un cul-de-sac vésical, une poche où on sent le plus souvent de l'urine qui ne peut s'écouler de cette portion déclive par rapport à l'orifice interne de l'urèthre.

Nous avons vu au chapitre des complications combien souvent on trouvait le prolapsus compliquant l'hypertrophie sous-vaginale du col utérin ; après avoir réduit l'utérus, après l'avoir remonté à sa place, on sent dans le fond du vagin, non plus un simple mamelon formé par le col, comme à l'état normal, mais une tumeur allongée, irrég-

ductible absolument, qui est formée par le museau de lanche hypertrophié.

Le diagnostic de la lésion étant fait, il faudra non seulement rechercher les complications qui pourraient exister et sur lesquelles nous ne reviendrons pas ici, mais aussi il faudra s'appliquer autant que possible à remonter à la cause même des accidents ; si l'hypertrophie était peu considérable par exemple et qu'on se trouve en présence d'une métrite bien caractérisée, il est évident qu'il s'en suivrait une indication thérapeutique spéciale ; nous n'insisterons donc pas ici sur la nécessité de la plus grande précision possible de diagnostic.

PRONOSTIC

Le pronostic de l'hypertrophie sous-vaginale du col n'est évidemment pas grave le plus souvent au point de vue de l'existence ; on peut vivre avec une hypertrophie considérable ; cependant nous ferons remarquer que des lésions inflammatoires peuvent se produire et amener des résultats funestes ; n'avons-nous pas cité deux cas de péritonite dont un ayant entraîné la mort en quelques jours ?

Mais si la maladie qui nous occupe ne compromet pas la vie, elle la rend insupportable quand elle arrive à un degré avancé de développement ; les malades souffrent, s'anémient ; des troubles nerveux divers apparaissent ; d'autre part elles ne peuvent se livrer à aucun exercice ; la marche, le moindre effort les expose à des douleurs parfois violentes et souvent à des complications assez graves dont nous ne voulons citer que le prolapsus utérin.

A un autre point de vue, l'hypertrophie du col est une cause de dysgénésie, circonstance qui, si elle n'a pas d'importance à un âge avancé, ne laisse pas que d'être grave chez les jeunes femmes, et nous avons vu que c'est au moment de la période d'activité génitale que se développe presque toujours la maladie.

De plus la stérilité est très fréquente, soit parce que l'orifice externe est fermé ou sténosé, soit parce que simplement il ne se trouve plus en un point où la fécondation puisse se faire ; les observations à ce sujet sont très

nettes ; une malade de Dupuytren, mariée depuis plusieurs années et n'ayant pas eu d'enfants fut opérée, deux mois après elle était enceinte. Scanzoni rapporte un fait semblable. Dans les cas très avancés, alors que le col s'allonge jusqu'à atteindre ou même dépasser l'anneau vulvaire, le coït devient ordinairement impossible. Tout le monde cependant connaît le cas de Malgaigne où un mari désespéré s'était frayé une route dans les parties cervicales elles-mêmes.

Si la fécondation se fait cependant, les grossesses n'arrivent le plus souvent pas à terme ; les femmes avortent au troisième ou au quatrième mois. Dans le cas où le neuvième mois a pu être atteint, la parturition a toujours été pénible (Obs. VI) ; le col se laisse dilater difficilement ; l'accouchement est long, laborieux ; il faut employer le forceps ; des déchirures du col se produisent et la lésion s'en trouve au bout de quelque temps augmentée. Heureusement l'accouchement arrivant d'ordinaire une ou plusieurs semaines avant terme, soit à cause du petit volume du fœtus, soit à cause de l'inertie du col dégénéré, l'accouchement peut se faire.

On voit les mêmes phénomènes se produire dans l'allongement œdémateux qui a persisté pendant toute la grossesse ; s'il persiste au moment de l'accouchement c'est le dernier obstacle que le fœtus ait à franchir (Cazeaux (1), Leroux) et souvent à la suite on constate une abondance exagérée des lochies et la réapparition de la tumeur après la délivrance (Obs. VIII).

1. Voir notre observation VII.

TRAITEMENT

Nous avons vu précédemment combien peuvent être variables les causes qui président au développement de l'hypertrophie sous-vaginale ; à chacune d'elles correspond une hypertrophie particulière nettement différenciée des autres tant par la structure de la tumeur que par son évolution. Il en résulte que divers traitements devront être employés suivant les cas ; et la divergence des opinions à ce sujet s'explique évidemment par les différences d'opinion des auteurs en ce qui regarde la pathogénie de l'affection. De plus, l'état de développement de la tumeur et certaines complications sérieuses en elles-mêmes ou par les dangers auxquels elles peuvent donner naissance seront autant d'indications spéciales dans le choix du traitement à appliquer.

L'hypertrophie est rarement sous la dépendance d'un vice de nutrition générale, sans qu'on retrouve une cause originelle certaine ; dans ces cas d'hypertrophie dite génitale, toute une série de médicaments ont été employés comme ayant une action plus ou moins directe sur le mouvement nutritif, nous citerons les mercuriaux, les iodures en particulier ; ajoutons dès maintenant qu'on a obtenu ainsi des résultats insignifiants la plupart du temps ; et on a dû aboutir à un traitement local destiné à

faire disparaître les divers troubles fonctionnels déterminés par la tumeur.

Presque toujours le développement de l'hypertrophie est ou a nettement été au début sous la dépendance d'une maladie locale, la métrite ou d'excès de travaux, d'efforts par exemple. On devra pour ainsi dire toujours employer un traitement hygiénique et prophylactique en quelque sorte, traitement qui, dans les cas de lésion au début, pourra amener une guérison complète. La malade évitera autant que possible toutes les causes de congestion utérine; la fatigue, les efforts, les marches prolongées; elle gardera longtemps le repos au lit, puisque la vie habituelle congestionne toujours les organes prolapsés et hypertrophiés et qu'il faut bien apprécier l'état réel des lésions pour préparer ces organes aux opérations jugées nécessaires (Obs. XII). La malade prendra des soins de propreté extrêmes, fera quotidiennement des injections vaginales, et sous l'influence de ce traitement la maladie au début rétrocedera le plus souvent: sous l'influence de simple repos, Trélat (1) a constaté ainsi sur une de ses malades qui mesurait 14 centimètres de cavité utérine une diminution qui s'accentua assez notablement puisque trois semaines après le premier examen l'utérus ne mesurait plus que 12 centimètres (2).

Plus tard, alors que le col forme une petite tumeur

1. Trélat *Leçons sur les prolapsus des organes génitaux de la femme* (Ann. gynécol., janv. 1889).

2. Voir notre observation XII où, après l'opération faite contre le prolapsus, le repos amena la guérison complète de l'hypertrophie concomitante.

nettement appréciable déjà, deux modes de traitement peuvent être employés; on peut chercher à parer aux accidents et faire un traitement palliatif, ou au contraire s'adresser à une intervention plus radicale et faire un traitement curatif.

Le traitement palliatif comprend, outre les soins de propreté dont nous avons déjà parlé, des scarifications superficielles ou profondes sur le col, des pointes de feu, des cautérisations au fer rouge; les caustiques chimiques, nitrate d'argent, potasse, acide azotique ne donnent que des résultats tardifs et insignifiants; ce traitement palliatif devra surtout être institué dans les cas où le col est engorgé ou ramolli. On pourra traiter également la métrite concomitante du col par des lavages antiseptiques, suivis d'application de tampons imbibés de glycérine iodoformée ou boriquée au 1/10 ou au 1/20; on appliquera ces tampons pendant 24 heures à plusieurs reprises et généralement la lésion rétrocedera.

Les pessaires qu'on a employés souvent dans les cas qui nous occupent n'ont jamais donné de bons résultats. Le plus généralement leur application résultait d'une erreur de diagnostic, et c'est contre un prolapsus de l'utérus qu'on les avait prescrits. Quel rôle jouent-ils dans l'hypertrophie? Ils tendent à relever l'utérus qui cependant est en place; ils repoussent le col en haut, déterminent des douleurs assez vives parfois pour amener un état de faiblesse profonde; repoussant le col, ils tendent à lui faire décrire un angle avec le corps et à préparer une déviation utérine; le museau de tanche peut du reste s'enflammer par suite du frottement, de la compression à

laquelle il est exposé ; d'ailleurs le pessaire n'empêche pas l'utérus de s'hypertrophier et nous citons une observation (Obs. V) dans laquelle le col s'était insinué à l'intérieur même du pessaire et continuait à s'accroître à travers cet orifice.

Si on se trouve en présence d'un allongement œdémateux il suffira au contraire ordinairement de chercher à diminuer la turgescence de la tumeur ; on pourra la comprimer avec les doigts avec précaution pendant quelques minutes, et, si elle fait hernie hors de la vulve, la repousser à l'intérieur même du vagin. Dans certains cas, la guérison est obtenue ainsi après réduction par un repos prolongé (Obs. VIII) et toujours ce traitement améliore notablement la situation, particulièrement en ce qui concerne l'accouchement qui est imminent dans la majorité des cas.

Tels sont les divers moyens palliatifs qu'utilise la science contre l'hypertrophie sous-vaginale. Quels résultats donnent-ils ? Tant que la tumeur est petite et peu gênante par conséquent ils peuvent rendre des services, plus tard ils ne sont pas assez énergiques. D'autre part, peut-on espérer obtenir ainsi la guérison ? Oui si on est tout au début ; non à une période avancée. Voici comment M. Doléris (1) s'exprime à ce sujet : la cicatrisation de l'ectropion cervical avec érosion n'est avantageuse qu'à condition d'être définitive. Or, la cicatrisation ne peut être définitive que s'il ne reste aucun élément

1. Doléris. *Pathogénie et traitement des affections du col de l'utérus* (Nouvelles archives d'obst. et gynécol., fév. 1890).

morbide sous la couche de vernis cicatriciel qu'il se forme. S'il n'en est pas ainsi, la cicatrisation ne fait que cacher la lésion, de sorte que la maladie n'est point guérie, mais persiste sous une autre forme. « L'ennemi reste enfermé dans la place » et le col s'altère par le fait des racines inflammatoires chroniques qui intéressent le stroma musculaire. Il s'ensuit, continue cet auteur, que les cols volumineux, déformés, cicatriciels, hypertrophiés, avec dégénérescence kystique des glandes, ne sont susceptibles de guérison que par les moyens chirurgicaux qui impliquent l'ablation de la partie malade et la restauration de la forme ; cette intervention d'ailleurs contribue à amener l'évolution de l'organe(1) qu'on ne pourrait obtenir autrement que par une opération beaucoup plus grave, disproportionnée avec le but à atteindre et qui néanmoins a été préconisée en Amérique par Kelly, nous avons nommé l'ablation des ovaires.

Il faut donc, dans les cas d'hypertrophie scléro-kystique avancée ou d'hypertrophie très développée, faire l'amputation du col. Quelles opérations sont possibles ? Quelles opérations doit-on faire ?

Si on se trouve en présence d'une hypertrophie folliculaire, il faut nécessairement enlever la muqueuse malade et tout ou partie du col ; pour ce faire, il existe de nombreux procédés, parmi lesquels nous ne citerons que les deux principaux, car ils suffisent à remplir toutes les indications.

S'il s'agit de lésions ayant leur siège sur la muqueuse

1. Pozzi. *Bull. et mém. soc. chirurgie*, Paris, 1890.

de l'orifice externe du col et de la partie inférieure du canal cervical, on peut faire avec avantage l'opération décrite par Schröder (1), qui consiste à fendre les deux lèvres antérieure et postérieure du col suivant leur épaisseur ; on enlève ensuite le lambeau interne et il ne reste plus pour terminer qu'à refaire le col en suturant le bord inférieur des deux lambeaux externes qu'on aura laissés avec la partie supérieure de l'incision pratiquée au niveau même du canal cervical ; l'opération est assez facile et peut être faite très rapidement ; elle trouve donc particulièrement son indication dans les cas de métrite granuleuse, puisqu'elle permet d'exciser la muqueuse bourrée d'œufs de naboth et le tissu utérin sous-jacent envahi par les travées embryonnaires (2). A la suite de cette intervention d'ailleurs facile (Obs. XIII) l'involution utérine se fait très bien ; la conception peut avoir lieu après l'opération, ce qui était souvent impossible auparavant, à cause de l'exagération de conicité du col, de sa déformation ou du catarrhe chronique, mais il faut reconnaître que l'opération favorise la déhiscence prématurée du col et l'accouchement avant terme dans le cas de grossesse consécutive, aussi doit-on la pratiquer plus particulièrement chez les femmes âgées.

Si on se trouve en présence d'un col qui, outre les lésions précédentes, présente de plus des ulcérations sur toute son étendue, il faudra modifier le manuel opéra-

1. Pescher. *Contribution à l'étude de l'opération de Schröder* (amputation anaplastique sous-vaginale du col utérin). Th. Paris 1892.

2. Voir thèse Chanteloube.

toire ; l'amputation biconique se trouve ici le procédé de choix ; c'est l'opération de Simon ou de Marckwald (1) ; on enlève les lèvres hypertrophiées en formant pour chacune d'elles une plaie composée de deux bouts en biseau que l'on peut rapprocher par des points de suture pour redonner au col sa forme normale (Obs. III).

Il ne nous reste plus qu'à parler de l'intervention dans les cas de grande hypertrophie. Ici l'amputation peut se faire de diverses façons, ou au bistouri par un procédé analogue au procédé de Simon, ou avec l'écraseur de Chassaignac, ou avec l'anse galvanique.

Si on fait l'opération avec les ciseaux et le bistouri, on se trouve parfois en présence d'une hémorrhagie assez abondante ; elle cesse, il est vrai, ordinairement quand on a placé et serré les points de suture destinés à reconstituer les deux lèvres du col, et on peut parfois la prévenir en plaçant un lien circulaire serré sur la racine du col, au niveau des insertions vaginales, lien placé à cheval au-dessus d'une aiguille qui traverse le col à sa base et qui empêche la ligature de glisser. Mais il n'en est pas moins vrai que cette hémorrhagie, au moment de l'opération, constitue un inconvénient grave, surtout si la malade est anémiée par suite de ses douleurs depuis déjà longtemps prolongées, et par suite de ses métrorrhagies. D'inconvénient elle devient une véritable complication, si on se trouve en présence d'une hypertrophie portant surtout sur l'élément vasculaire ; c'est ainsi que Marchal de

1. *Archiv. für Gynécol.* Band. VIII, p. 48.

Calvi, Demarquay, Stolz, ont eu à déplorer des accidents dans des cas analogues.

Avec l'anse galvanocaustique (ob. IV, V, IX) la cautérisation se fait au moment même de la section des tissus et prévient l'écoulement sanguin; l'opération est facile et dure peu de temps; l'anse galvanique, longue de 20 à 30 centimètres, est placée sur le col perpendiculairement à son axe, au fond du vagin, à 3 centimètres au-dessous des insertions vaginales; plus haut, on pourrait craindre de sectionner les attaches du vagin et d'ouvrir le péritoine; le col est d'ailleurs laissé en place, car en l'attirant à la vulve, il est facile d'attirer les culs-de-sac vaginaux, et dans ce cas la section porte plus haut que ne l'aurait voulu l'opérateur. On aura soin également de ne point faire rougir le fil à blanc, mais de le laisser au rouge sombre pour éviter plus sûrement les hémorrhagies. La cicatrisation se fait facilement au bout de 3 à 4 semaines et notre observation V rapporte un exemple de grossesse qui suivit et se termina très heureusement par un accouchement à terme.

Enfin il reste une dernière méthode; c'est celle qui a été employée par M. le professeur Lefort pour le cas rapporté dans notre observation I; l'amputation se fait avec l'écraseur de Chassaignac. On emploie le chloroforme le plus ordinairement. Après avoir placé la malade sur le bord du lit dans le décubitus dorsal, le siège élevé, les cuisses légèrement écartées, et soutenues par deux aides, comme dans les opérations précédentes, on introduit deux valves pour être plus à même de voir les détails de l'opération. Conduisant alors avec les doigts de la main gau-

che la chaîne sur la tumeur, on la place également à 2 ou 3 centimètres des insertions vaginales pour les mêmes raisons que nous avons énumérées dans le paragraphe précédent ; la chaîne étant bien perpendiculaire à l'axe du col, on serre peu à peu jusqu'à ce que la tumeur tombe d'elle-même ; l'écoulement de sang est peu abondant, d'ailleurs on introduit aussitôt dans le vagin des tampons de gaze ou de coton, comme nous l'avons indiqué dans notre observation I. Les suites sont très simples, la guérison se fait rapidement ; dans notre cas la malade quittait l'hôpital 14 jours après l'opération.

On a parfois accusé l'écraseur-linéaire d'agir à l'aveugle et de ne pas mettre à l'abri de complications opératoires telles que la déchirure de la vessie ou du rectum et surtout l'ouverture des culs-de-sac du péritoine. Le reproche ne nous paraît pas fondé. Du reste, rien n'empêche de désinsérer d'abord circulairement la muqueuse du museau de tanche, comme dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale, de décoller un peu la muqueuse et de pratiquer pour ainsi dire un écrasement sous-muqueux du col hypertrophié. Une pareille manière de faire, dont notre maître se déclare partisan, mettra sûrement à l'abri d'une lésion vésicale. Faut-il ultérieurement, comme le recommandent Sims, Hégar, faire des sutures, adosser la muqueuse vaginale à la muqueuse utérine ? Rien ne s'oppose à mettre en usage ce procédé de réunion immédiate. Mais, d'un autre côté, il faut bien reconnaître que les sutures sont inutiles et qu'en laissant les choses en état, une guérison tout aussi rapide survient par rétraction de la cicatrice.

Après avoir décrit les divers modes de traitement de l'hypertrophie sous-vaginale du col, nous avons à peine besoin de dire que les complications diverses qu'on peut rencontrer font parfois varier la technique opératoire. Il faut évidemment ajouter au traitement de la lésion qui nous occupe celui des lésions concomitantes. C'est ainsi que nous trouvons l'amputation du col précédée d'un curettage de la cavité utérine dans notre observation III où la malade présentait des symptômes d'endométrite totale. En cas de prolapsus, l'amputation du col a déjà une heureuse influence sur la marche des accidents, cependant si le prolapsus est très développé, si une fois l'amputation du col faite, l'utérus descend encore trop bas, on fera, soit une périnéorrhaphie, soit une élytrorrhaphie antérieure suivant les indications fournies par nos observations XI, XII, XIII. M. Faucon (1) de Lille, s'étant ainsi trouvé en présence d'une hypertrophie considérable du col, empêchant l'affrontement des parois vaginales, fit d'abord l'amputation au thermocautère et un an plus tard le cloisonnement du vagin, la guérison fut complète. Parfois même en empêchant l'utérus de descendre, en traitant le prolapsus seul, soit par une colpopérinéorrhaphie (Obs. XII), soit par cloisonnement du vagin (Obs. XIV), on arriva à faire régresser les lésions d'hypertrophie.

En terminant, nous rappellerons une règle générale très importante dans la pratique : ici comme dans toutes les

1. Faucon: *Amputation du col utérin par le thermo-cautère combiné avec le cloisonnement du vagin pour une chute de l'utérus* (Gaz. hebdomadaire, n° 17, 1882).

maladies portant sur l'appareil génital de la femme, on devra pratiquer les opérations aussi longtemps que possible avant les règles pour éviter les phénomènes congestifs amenant avec eux des troubles de circulation qui peuvent être graves, en se reproduisant avant la cicatrisation complète.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle).

Allongement hypertrophique considérable de la portion sous-vaginale du col. — Amputation du col avec l'écraseur de Chassaignac. — Guérison.

Alexandrine M..., domestique, âgée de 47 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 17 avril 1893, salle Notre-Dame, n° 18 (Service de M. le Dr LeFort). Femme bien portante, d'une bonne constitution. Pas d'antécédents héréditaires. Pas de maladie antérieure.

A eu ses premières règles à l'âge de 13 ans ; depuis a toujours été réglée normalement comme époque, comme durée et comme abondance, n'a jamais eu d'enfants.

Elle dit avoir commencé à ressentir des douleurs sourdes dans le bas-ventre il y a trois ans. Ces douleurs sont survenues petit à petit, sans que la malade ait pu leur attribuer une cause quelconque ; elle ne se rappelle pas avoir fait d'effort qui l'ait forcée à quitter momentanément son travail. Cet état resta à peu près stationnaire pendant un an ; la malade continuait du reste à exercer sa profession de domestique ; puis survinrent des flueurs blanches assez abondantes. La gêne, les tiraillements dans le bas-ventre s'accrochèrent de plus en plus ; en même temps les règles toujours régulières comme époque d'apparition devenaient bien plus abondantes et se prolongeaient pendant dix et quinze jours ; la malade en arriva à ne pouvoir plus travailler et

dut se reposer régulièrement tous les mois pendant deux ou trois jours. Dans l'intervalle des règles, elle perdait toujours en blanc ; d'autre part elle avait des pesanteurs au périnée, vers les aînes et jusque dans la région lombaire ; ses forces diminuaient rapidement. Enfin elle vit peu à peu se développer une tumeur dure, arrondie, qui arrive jusqu'à faire saillie à la vulve entre les lèvres. En même temps les mictions augmentant de fréquence, la malade consulta un médecin qui lui conseilla d'entrer à l'hôpital.

Elle arrive à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le D^r Le Fort le 17 avril. On constate alors la présence à la vulve d'une tumeur de consistance assez ferme, de forme conique, tumeur lisse, régulière, présentant un orifice sous forme de fente transversale. Cette tumeur facilement reconnaissable pour le col utérin sort de plusieurs centimètres quand la malade a marché pendant quelque temps, ou quand elle est restée assez longtemps debout.

Dans les mêmes circonstances, le besoin d'uriner se reproduit assez fréquemment. Bien que le col fasse ainsi hernie hors des organes génitaux, on ne constate aucune trace d'inflammation ou d'ulcération.

Au toucher, on trouve que la tumeur augmente peu à peu de volume à mesure qu'on remonte vers le fond du vagin ; elle se continue en haut avec le col utérin. On la contourne facilement sans provoquer de douleur ; les culs-de-sac vaginaux sont libres ; ils ne sont point effacés, au contraire ils sont singulièrement plus profonds qu'à l'état normal, la longueur du col étant de 9 centimètres depuis l'extrémité inférieure jusqu'au niveau du fond du cul-de-sac postérieur. D'un autre côté, par le toucher vaginal combiné avec le palper abdominal, on trouve que l'utérus a conservé à peu près sa position normale ; il ne paraît pas abaissé ; la main abdominale le sent facilement derrière le pubis et il ne

semble pas que le corps utérin lui-même soit sensiblement hypertrophié. Il faut remarquer cependant que la paroi antérieure du vagin semble un peu affaissé ; ce très léger degré de cystocèle explique d'ailleurs facilement les changements survenus dans les mictions.

L'hystérométrie démontre que la longueur totale de la cavité utérine est de 15 centimètres ; si nous rappelons que la longueur du col est ici de 9 centimètres, on voit comme nous venons de le dire que le corps de l'utérus lui-même n'est pas hypertrophié. Il s'agit donc d'une hypertrophie simple de la portion vaginale du col.

La malade demandant instamment à se faire débarrasser de sa tumeur, empêchée qu'elle est de se livrer à son travail, M. le professeur Le Fort l'opère le 20 avril ; il pratiqua l'amputation du col hypertrophié avec l'écraseur de Chassaignac qu'il applique après avoir fait une incision circulaire au bistouri à 1 centimètre environ de l'insertion vaginale ; il s'écoule peu de sang pendant l'opération ; cependant après lavage on termine par un tamponnement soigné de la cavité vaginale. Les suites de l'intervention sont excellentes ; la malade reprend rapidement ses forces et peut se lever ; cependant elle se plaint toujours de gêne de la miction ; elle quitte malgré cela l'hôpital pour reprendre son travail le 3 mai, après quatorze jours de traitement.

OBSERVATION II (personnelle).

Hypertrophie sous-vaginale du col. — Métrite chronique ancienne. — Traitement de la métrite. — Amélioration considérable.

P..., âgée de 22 ans. Pas d'antécédents héréditaires.

Au point de vue constitutionnel, pleurésie gauche en 1891 ;

depuis, santé légèrement affaiblie, anémie s'accroissant surtout depuis l'hiver de 1892 ; toussait un peu depuis ce moment ; n'a pas craché de sang, mais présente cependant actuellement des craquements au sommet des deux poumons.

Au point de vue génital, elle a été réglée pour la première fois à 13 ans ; depuis ses règles ont toujours été régulières et elle n'a jamais souffert du ventre. Mariée en 1890 elle devint bientôt enceinte et accoucha en mars 1891 à terme ; l'accouchement fut normal. Depuis son accouchement, elle a toujours perdu en blanc, mais les pertes devinrent surtout abondantes depuis huit mois ; en même temps elle souffrait de douleurs dans le ventre et dans les reins. Ces douleurs devenant de plus en plus fortes, d'autre part la faiblesse s'accroissant de jour en jour, la malade consulta le Dr Gendron qui a bien voulu nous communiquer cette observation. Quand il vit la malade en avril 1893 il constata que le col, peu ferme, était notablement hypertrophié et faisait une forte saillie dans le vagin. Il présentait une hypertrophie des deux lèvres, était étalé, large à son extrémité inférieure ; sa forme en battant de cloche était caractéristique. Il présentait d'ailleurs une déchirure bilatérale tenant à l'accouchement précédent et avait une largeur de 4 centimètres ; les lèvres, ectropiées légèrement, étaient rouges, ulcérées ; l'orifice utérin assez largement ouvert laissait passer des mucosités blanchâtres en assez grande abondance. Les culs-de-sac étaient libres d'ailleurs et le doigt faisait facilement le tour du col sans provoquer la moindre douleur. Le cul-de-sac gauche cependant était un peu résistant.

Le palper bimanuel démontrait que l'utérus ne faisait aucune saillie au-dessus du pubis. L'hystérométrie donnait une longueur totale de 9 cent. 1/2.

Ici, il s'agit évidemment d'une hypertrophie du col développée sous l'influence de la métrite chronique, datant déjà de près de

deux ans et que la négligence de la malade a laissé s'aggraver. Le traitement s'imposait ; il fallait d'abord traiter la métrite avant de songer à l'hypertrophie elle-même ; c'est la pratique qui a été employée dans ce cas particulier et qui a donné jusqu'ici les meilleurs résultats.

OBSERVATION III

Hypertrophie du col et du corps de l'utérus. — Endométrite. — Curetage et amputation du col par l'opération de Simon (Obs. publiée par M. le Dr Schwartz dans la *Revue Générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1892).

X..., 34 ans, fleuriste.

Réglée à 18 ans, elle l'a toujours été normalement comme époque, comme durée et comme abondance. A 20 ans, première grossesse, accouchement à terme, suites normales. A 22 ans, seconde grossesse et accouchement à terme dans de bonnes conditions. A 29 ans, après sept ans de bonne santé et de règles régulières, cette malade voit un jour ses règles commencées s'arrêter brusquement. En même temps elle éprouve de vives douleurs abdominales et quelques accidents péritonéaux, tels que nausées et vomissements. Quelque temps après les règles reparurent sous forme de métrorrhagies très abondantes. Cet état dura un mois, puis tous les accidents disparurent et la malade recouvra une bonne santé.

Le 21 juillet 1892 les règles, au lieu de durer comme d'habitude quatre ou cinq jours, durèrent huit jours en même temps qu'elle souffrait de douleurs dans le ventre et d'une constipation opiniâtre. Le 3 août, alors que ses règles venaient à peine de cesser, elle est prise d'une métrorrhagie avec pertes de caillots qui dura jusqu'au 7 août.

Le 14 août nouvelle hémorrhagie qui se prolonge jusqu'au 21 août. Cette malade a donc perdu pendant dix-huit jours en un mois. Elle ne se plaint pas beaucoup de douleurs dans le ventre, mais elle a des pertes blanches qui durent depuis longtemps et qui constituent le phénomène initial. L'état général est excellent les forces conservées.

L'examen des organes génitaux est pratiqué le 28 août. Par le toucher vaginal, on est tout d'abord frappé de la saillie que fait dans le vagin le col de l'utérus. Celui-ci est volumineux, présente une hypertrophie de ses deux lèvres. Il est étalé en battant de cloche et présente environ une longueur de 4 centimètres. Sa consistance est dure ; il est lisse et nulle part on n'a la sensation d'une tumeur qui en dépendrait. Les culs-de-sac sont libres ; celui de gauche est seulement un peu résistant.

Par le palper bimanuel on constate que l'utérus est augmenté de volume et fait une saillie de près de 4 centimètres au-dessus du pubis. Au spéculum, le col se présente volumineux, rosé, non ulcéré mais déchiré à gauche. L'hystéromètre indique 9 centimètres de cavité utérine. A travers l'orifice du col on voit sourdre des mucosités blanchâtres striées de sang.

La dilatation faite plus tard montre qu'il n'y avait pas de polype muqueux dans l'utérus.

Le diagnostic fut posé ainsi : endométrite avec hypertrophie du col et du corps de l'utérus.

Le col est dur, il s'agit d'une hypertrophie scléreuse.

Comme il y avait de l'endométrite, le curettage de la cavité utérine a dû précéder l'amputation du col qui a été enlevé aussitôt après par l'opération de Samon.

OBSERVATION IV

Hypertrophie considérable du col de l'utérus. — Amputation du col avec l'anse galvanique. — Guérison (Obs. empruntée aux leçons cliniques de M. le D^r Gallard, 1883).

H..., 36 ans. Constitution lymphatique, presque scrofuleuse, malgré une certaine apparence de santé. Chétive dans son enfance, elle eut vers l'âge de 13 ans, une pneumonie, puis une fièvre typhoïde suivie d'une otorrhée assez persistante. Elle ne fut réglée qu'à 18 ans et pendant deux ans eut à chacune de ses époques des douleurs du bas-ventre qui durèrent plusieurs jours.

Mariée à 22 ans, elle devint enceinte presque aussitôt et en quatre ans eut trois grossesses. Chacun de ses accouchements fut long, pénible et laborieux. On fut obligé de lui appliquer chaque fois le forceps et ses enfants succombèrent. Le dernier accouchement fut suivi d'accidents inflammatoires immédiats; phlegmon péri-utérin, ouverture dans le vagin et le rectum, puis ces accidents se reproduirent sans cesse avec des poussées aiguës de péritonite pendant plusieurs années au bout desquelles d'autres phénomènes douloureux devinrent prédominants. La malade sentait qu'un corps dur et arrondi descendait dans le vagin et se présentait à la vulve. Elle avait des pesanteurs au périnée et vers les aînes, des douleurs abdomino-lombaires, une miction difficile, de l'inappétence, de la céphalalgie, des vertiges. Elle perdait ses forces, devenait incapable de travailler et ses rapports conjugaux étaient si douloureux qu'ils devenaient à peu près impossibles. Un pessaire appliqué par M. Dumontpallier déterminait des souffrances telles que la malade fut obligée de le retirer dès le lendemain.

L'examen fut pratiqué par M. Gallard qui constate entre les lèvres de la vulve un corps conoïde, arrondi, présentant un orifice sous forme de fente transversale et ressemblant assez exacte-

ment à une tête de pénis. Au toucher, le doigt contournait assez facilement le col hypertrophié et remontait jusqu'au point de réflexion du vagin en pénétrant dans les culs-de-sac. L'hystérométrie donnait une longueur de 9 centimètres.

L'amputation du col par M. Labbé fut faite avec l'anse galvanique ; on enleva 2 centimètres $1/2$ du col. Au bout de huit jours l'eschare était détachée et le col était revenu sur lui-même.

OBSERVATION V

Hypertrophie du col. — Rétroflexion du corps de l'utérus. — Amputation du col avec l'anse galvanique. — Guérison. — Grossesse post-opératoire. — Accouchement normal (Obs. empruntée aux leçons cliniques de M. le Dr Gallard, 1883).

H..., 30 ans. Réglée à 15 ans, bien dès le début. Mais à 18 ans survint une métrorrhagie qui paraît avoir été causée par un état anémique résultant d'un certain degré de cachexie paludéenne ; la malade en effet habitait un pays marécageux et avait eu des fièvres intermittentes.

Elle se maria à 26 ans et devint presque aussitôt enceinte ; elle ne vit ses règles qu'une seule fois après son mariage. La grossesse ne dura que cinq mois et se termina par l'expulsion d'un fœtus informe. La malformation du fœtus fut la seule cause de cet avortement. La malade se leva au bout d'une dizaine de jours pour reprendre son travail ordinaire qui était la culture des champs. Bientôt elle éprouva de la douleur et de la pesanteur dans le bas-ventre. Elle en vint à ne pouvoir supporter longtemps et sans fatigue la station debout, et un jour elle découvrit en se livrant aux soins de sa toilette qu'un corps dur et arrondi descendait dans le vagin jusqu'auprès de la vulve. Les rapports sexuels devinrent douloureux. On lui appliqua un pessaire Gariel

et elle en éprouva un soulagement passager pendant les premières semaines qui suivirent son application. Mais il devint bientôt difficile à supporter, il s'échappait quand elle allait à la garde-robe. Néanmoins il fut porté pendant cinq mois au bout desquels survinrent des métrorrhagies assez persistantes.

A l'examen, le col fut trouvé large, mou, entr'ouvert, à peine ulcéré et siège d'une sorte d'œdème. Le corps de l'utérus était lourd et placé en rétroflexion. Pour redresser l'utérus on mit un pessaire en aluminium de Hodge. La malade en éprouve quelque soulagement, mais l'utérus mou, gorgé de liquide, se montre pour ainsi dire sur le pessaire; le col situé au milieu, finit par s'étirer en passant à travers cette espèce de filière. A partir de ce moment, l'allongement se reproduisit de nouveau, le pessaire de Hodge devint insuffisant et on dut l'enlever.

L'opération faite par M. Gallard avec l'anse galvanique donne un très bon résultat. Revu deux mois après, le col était normal; les deux lèvres un peu saillantes et bien distinctes l'une de l'autre étaient séparées par un orifice transversal comme chez les femmes qui ont des enfants; et on ne voyait aucune trace apparente de l'opération. Le corps était toujours renversé en arrière comme avant l'opération. Les règles étaient revenues régulièrement. Les fonctions génitales s'accomplissaient bien; une nouvelle grossesse survint qui se termina très heureusement par un accouchement à terme. Le travail ne dura que trois heures, l'effacement du col fut très rapide et très complet. Les suites de couches se sont bien passées et la malade a pu allaiter son enfant.

OBSERVATION VI

Allongement hypertrophique considérable de la portion sous-vaginale du col. — Dégénérescence fibreuse. — Accouchement impossible ; débridements multiples du col aux ciseaux sans hémorrhagie ; forceps. — Mort (Obs. résumée d'après Balocchi cité par Misrachi de Salonique, *in archives tocologie*, 1889).

Une femme qui avait eu un seul accouchement antérieur 14 ans auparavant était en travail depuis deux jours ; malgré les contractions très énergiques, l'écoulement des eaux et la présentation du vertex, l'accouchement ne se faisait pas et le médecin qui l'assistait attribuait ce retard à un prolapsus de l'utérus. Balocchi appelé trouve un gros cône tronqué pendant à la vulve et présentant à son sommet un orifice du diamètre d'une pièce de 1 franc. Il fut surpris de constater que sa couleur était d'un blanc rosé et plus encore de ce que ses parois étaient épaisses en moyenne d'un demi pouce et d'une dureté semblable à celle du tissu cartilagineux. En introduisant le doigt dans l'orifice, il dut parcourir un canal de plus de cinq pouces de longueur pour arriver à toucher la tête : en introduisant le doigt entre le cône et le vagin, il ne peut parvenir qu'avec beaucoup d'efforts à toucher les culs-de-sac utéro vaginaux, d'où il conclut qu'il s'agissait d'un allongement avec dégénération fibreuse de la portion sous-vaginale du col. Après avoir employé une foule de petits moyens qui n'aboutirent à aucun résultat utile, il se décida à recourir à une application de forceps, mais pour y parvenir il fut obligé d'abord d'inciser le col. A son grand étonnement un fort bistouri boutoné n'entama qu'avec peine le tissu fibreux ; il fallut recourir aux ciseaux, et pas une goutte de sang ne s'écoula des incisions. Malgré celles-ci il ne fut pas possible d'introduire la main dans le col et il fallut les multiplier et les prolonger encore d'un pouce

pour y parvenir et introduire avec peine les branches du forceps. L'extraction fut pénible et la femme mourut au quinzième jour des couches.

OBSERVATION VII

Allongement hypertrophique considérable du col faisant hernie hors de la vulve. — Accouchement normal. — Réduction de la hernie utérine. — Amélioration notable après l'accouchement (Obs résumée publiée dans le *Traité théorique et pratique des accouchements*, par Cazeaux, 1858).

Femme de 27 ans, quatrième grossesse, à la fin de la première elle sentit et vit une petite tumeur rouge sortir par la vulve, qui se maintint ainsi jusqu'à l'accouchement et ne la gêna nullement. Après ses couches elle continua à ressentir la même tumeur moins proéminente qui pendant la grossesse, rentrant et sortant selon qu'elle gardait le repos ou se livrait à des courses fatigantes. Elle était aussi habituellement constipée et ressentait quelquefois des difficultés assez grandes pour uriner. A la deuxième grossesse, la tumeur augmenta de volume ; on appliqua un pessaire qui provoqua l'avortement ; après quoi, la tumeur réduite de volume persista invariable, jusqu'à la troisième grossesse qui put arriver à terme ; mais à la fin du huitième mois la tumeur avait tellement augmenté qu'elle ne rentrait plus malgré le repos le plus complet. A la quatrième grossesse observée par Cazeaux, voici ce qu'il constata :

Une tumeur cylindrique longue de 5 centimètres apparaît à la vulve... ; l'extrémité inférieure de cette tumeur est percée d'une ouverture froncée en nœud de bourse, dans laquelle le doigt pénètre facilement, et en parcourant un trajet d'environ 7 centimètres on arrive sur les membranes et la tête fœtale... ; l'orifice interne est dilaté comme une pièce de 1 franc... la tête est toute entière

dans l'excavation... Le 3 novembre à midi les eaux se sont écoulées sans douleur après des efforts pour aller à la selle; l'orifice interne n'était pas plus dilaté, le col un peu plus long et plus ramolli... A 10 heures du soir les douleurs devinrent plus fortes et régulières. Au commencement de l'accouchement, le col resta en dehors, absolument comme il se trouvait avant le travail, et quand vint l'expulsion de la tête, il se dilata à la vue et fut le dernier obstacle que cette partie eut à vaincre. Le lendemain le col présentait la même saillie hors de la vulve et les parties étaient un peu plus flasques; l'engorgement s'étant dissipé on fit rentrer le col dans le vagin; la malade garda le repos horizontal, et un mois après elle sortit sans que le col se fut présenté à l'orifice vulvaire.

OBSERVATION VIII

Allongement hypertrophique œdémateux considérable du col. — Hypertrophie du corps utérin, rétroflexion. — Réduction de l'utérus. — Abaissement consécutif (Obs. résumée d'après Guéniot, *in archives médecine*, 1872).

O... Léocadie, 26 ans, courturière.

Réglée à 14 ans, depuis régulièrement. Mariée à 21 ans; accouchement l'année suivante à 7 mois et demi de grossesse. Quinze mois plus tard second accouchement.

Dernières règles 8 juin; jusque-là, aucune apparence de prolapsus utérin, miction et défécation normales. Le 18 août, chute violente sur les genoux dans un escalier, à la suite de laquelle se déclare un prolapsus utérin qui peut rentrer quand la malade est au repos.

Le 20 février de l'année suivante, examen : entre les grandes lèvres, tumeur grosse comme un œuf de poule, oblongue d'avant en arrière, d'un rouge sombre, bleuâtre; partagée en deux par-

ties égales par un sillon transversal ; cette tumeur est formée par la portion vaginale du col congestionnée, ramollie et œdématisée. La lèvre antérieure est recouverte de son épithélium, la postérieure en est dépouillée et tapissée de petites granulations fongueuses. Le doigt introduit dans le canal cervical pour arriver sur les parties fœtales, parcourt une longueur de huit à neuf centimètres.

Pas de douleur à l'exploration. Il y a une sécrétion abondante de mucosités dans le canal cervical et sur la lèvre inférieure du museau de tanche. En explorant le vagin, on le trouve occupé par le col allongé ; les culs-de-sac notablement abaissés ne sont distants de la vulve que de cinq centimètres en avant, six en arrière. Relativement au corps de l'utérus, rien à noter.

Réduction facile du col avec les doigts sans douleur notable, suivie d'un soulagement très marqué. Dès le 21 février, retour du col vers ses dimensions normales ; le 23, il a deux centimètres de long dans sa portion vaginale, et le 26, il est à huit centimètres de l'orifice vulvaire ; néanmoins il s'abaisse au moins de deux centimètres dans sa portion verticale ; la longueur du canal cervical est de trois centimètres et demi ; la malade se lève.

Le 8 mars. — Museau de tanche très large, saillant de 12 millimètres seulement en arrière et vers le milieu de la hauteur du vagin ; 2 cm. 1/2 de longueur totale dans sa cavité.

Le 10. — Accouchement normal sans que le col se soit montré à la vulve.

Le 21. — La malade se lève pour la première fois et en urinant sent le prolapsus se reproduire ; le col hernié entre les deux grandes lèvres présente les mêmes caractères que pendant la grossesse ; un peu moins volumineux cependant ; mais lèvres turgides, molles, infiltrées et d'un rouge congestif très prononcé. Le doigt introduit dans sa cavité parcourt un trajet de 9 centimètres avant d'atteindre la cavité du corps. Les culs-de-

sac vaginaux sont distants de la vulve, l'antérieur d'environ 4 cm. 1/2, les latéraux de 6 centimètres et le postérieur de 7 à 8 centimètres. Le corps encore plus gros que le poing est rétrofléchi vers la concavité du sacrum ; il est repoussé en haut et en avant par le toucher rectal ; le prolapsus est réduit incomplètement d'ailleurs en raison de l'inflexion persistante du corps.

Le lendemain, réapparition de la tumeur entre les grandes lèvres ; on la repousse dans le vagin.

Le 1^{er} avril. — L'utérus est encore en rétroflexion ; le col est toujours volumineux, mais plus consistant et situé en avant, derrière l'arcade pubienne à 4 centimètres au-dessus de l'orifice vulvaire. La matrice est ainsi notablement abaissée.

Le 3 avril. — Sortie de l'hôpital.

OBSERVATION IX

Allongement hypertrophique considérable du col de l'utérus. —

Amputation du col avec l'anus galvanique. — Guérison (Obs. recueillie dans les leçons du professeur Trélat, 1888).

En mai 1880, entre à la salle Sainte-Rose une femme de 43 ans, sèche, maigre, assez chétive.

Réglée à 14 ans, elle était devenue enceinte à 15 ans et avait accouché normalement. Pas de nouvelle grossesse depuis. En avril 1879 elle avait commencé à ressentir des douleurs abdominales, des tiraillements dans la région lombaire, de la rétention d'urine.

A l'examen on constatait qu'elle n'avait pas d'abaissement du vagin, que le col utérin était visible à la vulve et que la cavité de l'utérus mesurait 14 centimètres.

Le 12 décembre 1884. — M. Trélat appliqua à 1 centimètre environ de l'insertion vaginale l'anse galvanique. La malade non chloroformée souffrit très peu ; la section fut très régulière et ses

suites absolument simples. Le 6 janvier suivant on ne voyait plus qu'une surface rose et bourgeonnante de 16 millimètres de diamètre. Le 26 du même mois la malade sortait radicalement guérie. A ce moment l'orifice du col se trouvait au centre d'un petit bourgeon rose et l'hystéromètre ne marquait plus que 7 centimètres au lieu de 14 constatés au moment de l'entrée à l'hôpital.

OBSERVATION X

Allongement hypertrophique de l'utérus. — Prolapsus sans cystocèle ni rectocèle. — Prolongement polypiforme du col (Obs. résumée, empruntée aux leçons du D^r Trélat, 1888).

G... Rosalie, 52 ans, entré le 22 novembre 1882, salle Sainte-Catherine, n° 9, service de M. le professeur Trélat.

Réglée à 17 ans, toujours très régulièrement. A 21 ans, premier accouchement, puis six autres accouchements consécutifs, enfin fausse couche à l'âge de 28 ans en février 1870.

En 1885, elle commence à ressentir des pesanteurs dans le bas-ventre d'où difficulté de soulever des fardeaux. La malade consulte un médecin, qui constate l'existence d'un petit polype inséré sur le col ; ce polype s'allonge de plus en plus et finit par sortir de la vulve. Six mois seulement avant son entrée à l'hôpital, la malade s'aperçut qu'elle avait une chute de la matrice et quatre mois après survint à la suite des règles une perte extrêmement abondante pendant plusieurs semaines, et qui ne s'arrêta que grâce aux tamponnements et aux potions de perchlorure de fer qu'on fit prendre avec insistance.

Le jour de son entrée à l'hôpital, en novembre 1882, on constatait un prolapsus utérin permettant au col de faire hernie à travers la vulve. Sur la lèvre postérieure existait une saillie

polypiforme, flasque et rouge, du volume du petit doigt et de 4 centimètres de long. Il n'y avait ni cystocèle, ni rectocèle ; l'hystérométrie indiquait un allongement notable de la cavité utérine, qui de l'extrémité inférieure du prolongement polypiforme du col au fond de l'utérus mesurait 14 centimètres ; il en résulte donc qu'ici la longueur de l'utérus lui-même était de 10 centimètres.

OBSERVATION XI

Hypertrophie considérable du col. — Métrite chronique. — Légère cystocèle sans prolapsus utérin. — Amputation intra-vaginale du col au bistouri. — Colpopérinéorraphie consécutive. — Guérison (Obs. empruntée à la th. de Témoin, 1889).

R... H..., 25 ans, n'a jamais été malade étant jeune. Régliée à 13 ans irrégulièrement et peu abondamment. Jamais elle n'a senti de douleurs au moment de ses époques. A eu plusieurs grossesses, la première à 17 ans et c'est à la suite de ce premier accouchement qu'elle a eu une déchirure du périnée. Seconde grossesse à 20 ans. Troisième à 23 ans. A la suite de cet accouchement elle a eu de la métropéritonite et de la phlébite. Quatrième grossesse à 24 ans.

Quelques mois après l'accouchement du premier enfant, c'est-à-dire il y a sept ans à peu près, la malade s'aperçut que quelque chose se présentait à la vulve ; elle remarque que cette saillie ne se reproduisait que lorsqu'elle était restée longtemps debout ou lorsqu'elle avait fait un travail pénible ; elle disparaissait par le décubitus horizontal. La malade n'avait d'ailleurs jamais souffert et cependant elle éprouvait une gêne assez notable. Depuis cinq mois cette saillie est devenue plus proéminente, sans toutefois faire issue hors de la vulve ; la malade en outre a

éprouvé une sensation de pesanteur dans le bas-ventre ; elle souffre de douleurs lombaires et a des pertes blanches très abondantes. Elle entre à l'hôpital le 12 décembre 1886. Elle est prise d'une attaque de rhumatisme articulaire. Le 15 janvier, après complet rétablissement, M. Duplay procède à l'examen qui donne les résultats suivants :

La vulve présente 7 centimètres environ de hauteur : le péri-née n'existe pour ainsi dire plus. A l'aspect pur et simple des parties on aperçoit sans écarter les lèvres de haut en bas : la lèvre antérieure du col qui fait une saillie assez notable et au-dessus la paroi vésico-vaginale qui fait une saillie moins considérable. Cette paroi présente vers sa partie moyenne un sillon qui est formé par un repli de la cloison. Au-dessus on trouve l'orifice du canal de l'urèthre qui paraît sain.

En écartant assez fortement les lèvres, on ne constate aucune saillie de la cloison recto-vaginale. Si on fait tousser la malade, on s'aperçoit que la cloison vésico-vaginale se distend légèrement et devient lisse. La muqueuse présente d'ailleurs une coloration rosée à peu près normale.

Si on pratique le toucher vaginal, on pénètre sans rien refouler dans le cul-de-sac postérieur sur une longueur de 7 centimètres $1/2$; les culs-de-sac latéraux sont absolument libres. Les efforts de la toux ne font en rien disparaître les culs-de-sac. Avec une valve de Sims il est facile de voir le col sur toute sa longueur ; celui-ci est notablement hypertrophié, le cathétérisme utérin donne pour la profondeur de la cavité utérine 10 centimètres et cette longueur excessive semble due exclusivement au col. En refoulant l'utérus le plus possible, on ne réduit pas les saillies de la paroi vésico-vaginale. Les mictions sont normales.

4 avril. — Sous le chloroforme M. Duplay pratique l'opération suivante : le col est saisi avec une pince de Museux et toute la portion vaginale est sectionnée au bistouri ; quatre fils de catgut

sont placés de façon à rapprocher l'une de l'autre les deux lèvres du col, en laissant un espace sans suture au centre. Dans un deuxième temps, M. Duplay pratique la colpopérinéorrhaphie par une dissection au bistouri et en allant aussi loin que possible sur les parties latérales. De cette façon la vulve est rétrécie par quatre points de suture de 4 centimètres. Une sonde à demeure est placée dans la vessie et des tampons de gaze iodoformée sont placés dans le vagin.

Les suites de l'opération sont simples, le 19 la malade va tout à fait bien. Le 29 elle a ses règles qui durent jusqu'au 2 mai.

Revue plus tard par M. Duplay, l'opérée va très bien. Au toucher on constate les choses en bon état, le col est très haut. On a gagné sur le périnée 3 centimètres environ. La toux ne fait plus saillir la cloison vésico-vaginale.

OBSERVATION XII

Prolapsus utérin avec cystocèle et rectocèle. Hypertrophie considérable de l'utérus. — Elytrorrhaphie et colpopérinéorrhaphie sans amputation du col. — Guérison complète. — Retour de l'utérus au volume normal (obs. empruntée à la thèse de Témoin, 1889).

La nommée D... Hélène, 37 ans. Réglée à 16 ans, régulièrement, mariée à 23 ans. Elle a eu deux enfants à seize mois d'intervalle. Après le premier accouchement, elle s'est levée au bout de quinze jours ; depuis cette époque, elle se plaint d'une chute de la matrice.

Après le second accouchement, le prolapsus est devenu plus marqué. Elle porte un pessaire qui la soulage quelque temps ; mais au bout d'un an il ne tient plus en place et depuis cette époque la malade ne fait plus de traitement. Elle continue sa profession qui nécessite la station debout toute la journée sans éprouver aucune douleur.

Depuis six mois elle ressent des douleurs vives dans les reins, dans les cuisses ; l'utérus prolabe de plus en plus et se trouve complètement au-dessous de l'orifice vulvaire. Le 10 mars la malade entre à l'hôpital.

Examen. — Quand la malade est debout, l'utérus au moindre effort vient faire saillie à l'orifice vulvaire entraînant avec lui le rectum et la vessie. La cystocèle est beaucoup plus marquée que la rectocèle. Si la malade reste debout quelque temps, l'utérus tout entier est dehors et forme avec la vessie et le rectum une tumeur pyriforme dont le sommet est représenté par le col utérin. Quand la malade est couchée, le prolapsus diminue et l'utérus peut être remis en place ; ce dernier est notablement hypertrophié ; l'hystéromètre pénètre dans sa cavité de 11 centimètres. La malade ne peut accomplir aucun travail ; les mictions sont extrêmement fréquentes (50 fois dans les 24 heures) ; quand elle est debout elle ne peut uriner qu'après avoir réduit le prolapsus ; depuis six mois, suppression des règles et pertes blanches continuelles.

Opération. — 13 mai 1887. — 1° Elytrorrhaphie antérieure (lambeau ovalaire) ; les sutures sont faites au catgut. 2° Colpopéri-néorrhaphie : les sutures du périnée sont faites au fil d'argent, les autres au catgut. Pansement : tampon iodoformé dans le vagin. Le 24 mai ablation des fils ; pleine réunion.

Le 2 juin la malade sort de l'hôpital, le col a considérablement diminué de volume ; il ne descend plus malgré les efforts ; la malade est très soulagée : la cavité utérine n'a plus que 9 centimètres.

Au mois de juillet la malade continue à bien aller, la cavité utérine n'a plus que 7 centim. $1/2$; le col est petit et reste à 6 centimètres de la vulve, la malade peut travailler.

Six mois après l'opération, l'utérus ne mesurait plus que 6 centimètres.

OBSERVATION XIII

Hypertrophie du segment vaginal du col. — Abaissement de l'utérus. — Légère cystocèle. — Amputation anaplastique du col. — Colporrhaphie. — Guérison, (Obs. empruntée à la th. de Chanteloube 1888).

L... Augustine ; âgée de 49 ans, ménagère ; entre le 19 juillet 1888 à l'hôpital Tenon, service de M. Richelot, salle Richard-Wallace, n. 22.

Réglée depuis l'âge de 16 ans, assez régulièrement mais avec quelques douleurs. Accouchement à 18 ans, facile, suites normales.

Au moment de son entrée, la malade dit être gênée depuis trois ou quatre mois par une pesanteur dans le bas-ventre. Elle accuse une constipation opiniâtre ; ne va à la selle qu'à force de lavements. Rien du côté de la vessie, miction facile.

Le 18 juillet la malade est venue se faire examiner au spéculum ; à l'entrée du vagin et en écartant du doigt les grandes lèvres, on aperçoit le col de l'utérus, col volumineux, non ulcéré. Au palper, le fond de l'utérus est senti, un peu abaissé. Les culs-de-sac sont absolument libres. Léger degré de cystocèle. Diagnostic : Hypertrophie du segment vaginal et abaissement de l'utérus.

Opération le 24 juillet : amputation anaplastique du col et colporrhaphie ; l'amputation anaplastique présente de grandes facilités et ne dure pas plus d'un quart d'heure, suites très simples : la température ne dépasse pas 37°,2. Pas de pertes de sang. Pas de douleur. Quinze jours après, cicatrisation du col parfaite.

OBSERVATION XIV

Hypertrophie du col. — Prolapsus utérin. — Cystocèle et rectocèle. — Réduction de l'utérus. — Cloisonnement du vagin. — Guérison.— (Obs. publiée par M. Dubreuil, de Montpellier, dans la *gazette hebdomadaire des Sciences médicales* 1091).

X..., 46 ans; entrée le 19 février 1891 salle J.-L. Petit. Trois accouchements normaux; le dernier datant de 7 ans. Les règles se sont arrêtées vers la fin de l'année dernière.

Trois mois avant son entrée à l'hôpital, la malade qui depuis quelque temps avait des pertes blanches, s'aperçut que chaque fois qu'elle faisait un effort une tumeur apparaissait entre ses grandes lèvres. L'apparition de la tumeur était accompagnée de douleurs pendant la miction.

A son entrée à l'hôpital, col violacé et volumineux faisant constamment saillie à la vulve; réduit facilement il ne tarde pas à sortir même quand la malade est couché. Cystocèle et rectocèle très prononcées. La mensuration utérine accuse une longueur de 10 centimètres, l'augmentation de longueur étant certainement due pour la majeure partie à l'hypertrophie du col.

Etat général peu satisfaisant, dyspnée, vomissements fréquents, accidents que M. Dubreuil considère comme dus à l'hystroptose.

Pas de résection de col. Réduction de l'utérus. Avivement suivant un rectangle, large de 2 centimètres et de la hauteur du vagin, des parois vaginales antérieures et postérieures. Sutures par paires au catgut de haut en bas. Pansement iodoformé.

Le 11 mars la malade se lève pour la première fois, depuis, tous les jours.

Examinée le 28 avril, soudure complète des deux parois. Fonctions digestives rétablies.

CONCLUSIONS

Après avoir lu les travaux des divers auteurs qui se sont occupés de la question de l'hypertrophie de la portion sous-vaginale du col et après avoir étudié les nombreuses observations qui ont été publiées à ce sujet, nous résumerons ainsi notre thèse :

1° C'est à tort, selon nous, qu'on a séparé l'étude de l'allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col de celle des autres hypertrophies portant sur la même région et produisant des altérations variables, tant au point de vue de la structure même de la tumeur qu'au point de vue de son évolution. Il est préférable de comprendre sous une même description toutes les hypertrophies jusque et y compris l'allongement hypertrophique œdémateux qu'on rencontre au cours de la grossesse et qui persiste parfois assez longtemps, qui peut même se reproduire après l'accouchement.

2° Au point de vue étiologique trois ordres de causes sont à considérer : 1° les lésions inflammatoires en premier lieu et la métrite du col tout d'abord : 2° puis les traumatismes portant sur le col, et l'accouchement arrive ici en tête : 3° enfin les troubles de nutrition de l'utérus tout entier.

3° Les lésions anatomiques varient suivant la cause de l'hypertrophie, portant sur tous les tissus dans les cas d'hypertrophie d'évolution, elle donne lieu surtout dans les hypertrophies compliquant la métrite, aux lésions de la muqueuse ; puis dans un deuxième stade à des proli-

féractions de tissu conjonctif qui enserre les éléments musculaires en les étouffant, produisant une véritable sclérose.

4° Des symptômes propres permettent de différencier l'hypertrophie de la portion sous-vaginale, du prolapsus utérin qui la complique si souvent, et de l'allongement du segment sus-vaginal du col.

5° Le pronostic de la lésion est peu grave, mais il est sérieux et il faut en arriver pour ainsi dire toujours à une opération chirurgicale, pour éviter chez les jeunes femmes les complications de dysgénésie, de stérilité, de dystocie, et chez les femmes âgées les accidents inflammatoires qui peuvent survenir, ainsi que le prolapsus de l'utérus.

6° Le traitement chirurgical variera avec la nature des lésions ; si le col est peu hypertrophié, une amputation anaplastique sera particulièrement indiquée ; si au contraire la tumeur est volumineuse il faut l'amputer, soit avec l'écraseur, soit à l'aide de l'anse galvano-caustique. Ces deux derniers procédés nous paraissent surtout recommandables et doivent être préférés à l'ablation au bistouri ou aux ciseaux, lorsqu'il est difficile d'amener le col jusqu'à la vulve.

Vu : le Président de thèse,

LE FORT.

Vu : par le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Levret.** — Mémoire sur un allongement considérable qui survient quelquefois au col de la matrice, in journal de méd. chirurgie par Roux, 1773.
- Herpin.** — Gaz. méd. Paris, 1856.
- Cazeaux.** — Traité théorique et pratique de l'art des accouchements, 1858.
- Huguier.** — Acad. méd., 1859.
- « De la descente ou précipitation de la matrice confondue avec l'allongement hypertrophique du col de l'utérus et sur leur traitement, 1859.
- Stolz.** — Gaz. hebdomadaire, volume VI, 1859.
- A. Guérin.** — Hypertrophie des portions sus et sous-vaginales du col de l'utérus. Soc. chirurgie, fév. 1860.
- Waren.** — American journal of the med. sciences, 1864.
- Huguier.** — De l'hystérométrie et du cathétérisme utérin, 1865.
- Rumbach.** — Des allongements hypertrophiques du col de l'utérus. Th. Strasbourg, 1865.
- Courty.** — Traité pratique des maladies de l'utérus, 1866.
- Silvestre.** — Considérations sur l'hypertrophie intravaginale du col de l'utérus et de son traitement. Th. Montpellier, 1866.
- Balocchi.** — Trattato di ostetricia. Milan, 1871.
- Guéniot.** — Allongement œdémateux pendant la grossesse et l'accouchement. Arch. méd., 1872.
- Lemaistre.** — Bull. soc. anat., 1873.
- Laurent.** — Union médicale de la Seine-Inférieure, 1874.

Dupuy. — Sur l'élongation hypertrophique de la portion vaginale du col de l'utérus. Progrès méd., 1875.

« Ueber Hypertrophie des Cervix Ut. in seinem mittleren Theil. Beitr. z. Geb. u. Gyn. B. IV, 1875.

Barnes. — Traité des maladies des femmes, 1876, trad. Q. Cordes.

Courty. — Sur les altérations histologiques de l'utérus dans leurs rapports avec les principales maladies de cet organe. C. r. acad. sciences, T. LXXXIV, n. 22, 1877.

Grevet. — Th. d'Erlangen, 1878.

Schröder. — Charité Annalen, 1878.

Curvale André. — Etude sur l'allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col de l'utérus. Th. Paris, 1880.

C. Farner. — Beitrag zur Lehre von der Cervixhypertrophie (Centralbl. f. Gynæk., n. 24, 1880).

Lawson — Hypertrophy of the Cervix ut. Lancet, fév. 1880.

A. Martin. — Zur Kenntniss der hypertrophia colli ut. suprævaginalis. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. B. VI, p. 101, 1881.

Davies Morgan. — Hypertrophy of vaginal portion of Cervix. Med. Times and gaz., 9 avril 1881.

Ollivier. — Cas d'allongement hypertrophique de la portion sus vaginale du col ; ann. gyn., 1881, T. XVI, p. 202.

Faucon. — Amputation du col utérin par le thermocautère combinée avec le cloisonnement du vagin pour une chute de l'utérus. Gaz. heb., n. 17, 1882.

Von Rabenau. — Ueber Elongatio colli supravaginalis. Berlin Klin. Woch., n. 36, 1882.

Siredey et Danlos. — Art. Utérus, in dict. sciences méd., (de Jaccoud), 1882.

Gallard. — Leçons cliniques sur les maladies des femmes, 1883.

De Sinéty. — Manuel pratique de gynécologie, 1884.

- Stratz.** — Hypertrophie unilat. du segment inférieur du col. Zeits. f. Geburts. XII, 2, 1886.
- Tillaux.** — Fibromyome de la lèvre antérieure du col utérin développé chez une jeune fille de 19 ans. Ann. gyn., oct. 1886.
- Ebermaier.** — Ueber Cervixhypertrophien des Uterus. Th. Wurtzburg, 1887.
- Polaillon.** — Gigantisme utérin. Union méd., 22 nov., 1887.
- Trélat.** — Des prolapsus utérins et de leur mode de production. France méd., 4 juin 1887.
- Wigmore.** — Un cas anormal de dystocie, induration et épaississement du col utérin consécutif à un prolapsus de la matrice. Dilatation impossible, nécessité d'inciser l'orifice pour terminer l'accouchement. — Lancet 8 janv. 1887.
- G. Calderini.** — Dystocie par lésions de col utérin (hyp. fibroglandulaire (alterneo medica darnense II p. 102 avril 1888.
- Chanteloube.** — Amputation autoplastique du col. Th. Paris 1888.
- Maydl.** — Technique de l'amputation sus-vaginale de l'utérus. Soc. de méd. de Vienne, mai 1888.
- Trélat.** — Leçons sur les prolapsus des organes génitaux de la femme (Annales gyn., mai, nov. 1888).
- Duplay et Chaput.** — Etude sur les prolapsus génitaux. Arch. méd., 1889, I, 641 et II, 48.
- Lefort et Malgaigne.** — Manuel de médecine opératoire. 1889, IX^e édit. Tome II, p. 790.
- Levriss, H. Adler.** — Prolapse of the womb., with especial reference to the « so called », hypertrophic elongation of the supra vaginal portion of the Cervix, with report of a case (Prolapsus utérin, hypertrophie de la portion sus

vaginale du col avec une obs.) Medical News, 3 août 1889, p. 121.

Misrachi. — Un cas d'allongement aigu avec prolapsus du col utérin pendant la grossesse et l'accouchement. Arch. tocol., fév. 1889.

Témoin. — Contribution à l'étude des prolapsus génitaux. Th. Paris 1889.

Trélat. — Leçons sur les prolapsus des organes génitaux de la femme (Ann. gyn., janv. 1889.

Chroback. — De la dystocie dans les anomalies du col. Wiener kin. Woch., n 4, 1890.

Doléris. — Pathogénie et traitement des affections du col de l'utérus. Nouvelles archives d'obst. et gyn., 1890.

Duehrssen. — Nouveau procédé de suture pour les amputations du col utérin. Berlin Klin. Woch. 1887 bis, 1890.

Farr. — Allongement hypertrophique de l'utérus en haut dans la cavité abdominale produit par un kyste ovarien intraligamenteux; femme 75 ans; opération; guérison. Americ Journal of obst., nov. 1880.

E. L. Keys. — Maladies chirurgicales des organes génitaux urinaires. New-York, 1890.

Landau et Abel. — Anatomie normale et pathologique du col utérin. Arch. f. Gynæk., XXXIII, 2, 1890.

Pilliet. — Bull. soc. anat. déc. 1890.

Pozzi. — Bull. et mém. soc. chirurgie Paris 1890.

« Traité de gynécologie clinique et opératoire, 1890.

Villa. — Etiologie de l'allongement hypertrophique de la portion vaginale du col utérin. Ann. di. obst., mars, avril 1890.

Dubreuil. — Chute de l'utérus, cloisonnement du vagin; Gaz. hebdom. Montpellier, 23 mai 1891.

Duehrssen. — Anat. physiol. de la portion vaginale de l'utérus. Arch. für Gynæk., XLI, 1 et 2, 1891.

Jeannel. — Nouveau procédé de suture pour l'amputation de Schröder. *Gaz. hebd*, 10 janvier, 1891.

Etienne. — Du gonflement de la lèvre antérieure du col comme cause de ralentissement du travail et moyen d'y remédier. *Arch. tocol.*, mars 1892.

Pescher. — Contribution à l'étude de l'opération de Schröder (amputation anaplastique sous-vaginale du col utérin). *Th. Paris* juin 1892.

Schwartz. — Hypertrophie du col de l'utérus et amputation anaplastique. *Revue générale de clin.*, 1892, p. 225.

